UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1949 N° 40

CONTRIBUTION
à l'Etude Médico-Sociale des Aériums

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1949

PAR

Germaine COMBES

MEMBRES DU JURY...

MM. ANDRIEU, *Président.*
BRUSTIER
SOREL *Assesseurs*
BOUNHOURE
LASSERRE, *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE
R. LION
2, Rue Romiguières, 2
1949

CONTRIBUTION

à l'Etude Médico-Sociale des Aériums

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	LEFEBVRE
Assesseur	BRUSTIER.
Doyens honoraires	GORSE-CALVET.

Professeurs honoraires
MM. RISPAL, MERIEL, RIBAUT, ARGAUD, LAFFORGUE, SERR, GARIPUY, CLERMONT

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique de neurologie et psychiatrie	RISER	Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES	Pharmacie	CAUJOLLE
Clinique obstétricale	GUILHEM	Pathologie interne et clinique des maladies de la tuberculose	MOREL
Physiologie	SOULA	Bactériologie - Hygiène - Médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Physique biologique et médicale	BUGNARD	Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA	Matière médicale	VINCENT
Chimie et toxicologie	BRUSTIER	Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.)
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL	Anatomie pathologique	FABRE (J.),
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE	Cliniq. oto-rhino-laryngologique et chirurgie maxillo-faciale.	CALVET
Anatomie	VALLOIS, LAZORTHES	Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Histoire naturelle	DELAS	Chimie biologique	VALDIGUIE.
		Médecine légale et du travail	PLANQUES
		Histologie et embryologie	BROUSSY.
		Médecine Sociale	BOUNHOURE

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	M. BAISSET,	Anatomie	COULOUMA.

AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	POULHES ch. d. f.	Chirurgie	GRIMOUD, RIEUNAU, DIEULAFÉ, DAMBRIN (P.),
Histologie	BIMES, ch. des t.		
Médecine	GADRAT, DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE (J.).	Pharmacie	COUTURIER.
		Chimie générale pharmaceutique	BLANC.
Ophtalmologie	DEODATI.	Histoire Naturelle Pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHOU.
Physique Médicale	MARQUES.	Odonto-Stomatologie	CADENAT
Obstétrique	PONTONNIER, ch. d. f.		

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM		MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GUILHEM	Parasitologie	LASSERRE
Cours d'anatomie aux élèves sages-femmes	GUILHEM	Botanique et cryptogamie	Mme DULUC-MATHOU.
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.)	Chimie analytique	BLANC
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.)	Hydrologie et géologie	ASTRE
Chimie minérale	BLANC	Médecine Sociale	BOUNHOURE.
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT	Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX,	Pharmacodynamie	BAISSET.
Législation pharmaceutique	BOUISSET	Bactériologie et Hygiène	LAPORTE.
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.)	Urologie	LHEZ.
Microbiologie	DAMBRIN (P.), BOUISSET	Ophtalmologie	DEODATI.
		Neuro-chirurgie	LAZORTHES,
		Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX.

Secrétaire de la Faculté .... ARGILAS.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération du 12 mai 1891.)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1949 N° 40

CONTRIBUTION
à l'Etude Médico-Sociale des Aériums

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1949

PAR

Germaine COMBES

MEMBRES DU JURY... MM. ANDRIEU, *Président.*
BRUSTIER, SOREL, BOUNHOURE *Assesseurs*
LASSERRE, *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE
R. LION
2, Rue Romiguières, 2
1949

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MON MARI, le Docteur R. COMBES

Chevalier de la Santé Publique

A MON PERE ET A MA MERE

A MA GRAND'MERE, A MA BELLE-MERE

A MA SŒUR

A MES ONCLES ET A MES TANTES

Au Docteur H. MONTANE

A MA FAMILLE ET A MA BELLE-FAMILLE

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDRIEU

Professeur de Bactériologie, d'Hygiène et de Médecine sociale

Qui a bien voulu m'inspirer ce travail et m'aider de ses précieux conseils.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A MON JURY DE THESE

Monsieur le Professeur BRUSTIER

Professeur de Chimie et Toxicologie
Pharmacien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

Monsieur le Professeur SOREL

Professeur de Clinique médicale infantile et puériculture

Monsieur le Professeur BOUNHOURE

Professeur de Médecine sociale
Médecin en chef des Hôpitaux
Médecin-conseil régional de la Sécurité Sociale
Chevalier de la Légion d'honneur

Monsieur le Docteur J. LASSERRE

Chargé de Cours à la Faculté
Médecin Phtisiologue des Hôpitaux

Qui m'ont si souvent fait bénéficier de leurs enseignements et de leur extrême bienveillance.

En faible témoignage de ma profonde et respectueuse gratitude.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

ET DES HOPITAUX

A MES CAMARADES

A MES AMIES

Introduction

Le placement d'un enfant dans un établissement collectif est une décision solennelle qui aura de profondes répercussions sur sa vie ultérieure. Une mauvaise orientation est grave pour l'adulte; elle l'est encore davantage pour l'enfant, moins indépendant, physiquement comme moralement, du milieu dans lequel il vit.

Le législateur a créé une hiérarchie dans les différents types d'établissements en spécialisant chacun d'eux. Dans cette gamme, l'aérium, institution de plein air pour enfants, a une place importante et répond à des besoins précis.

Or le problème des indications de placement en aérium n'a été que tout récemment résolu par les hygiénistes. Il n'est pas encore parfaitement connu des milieux qui sont chargés de son application pratique. Et pourtant est-il besoin d'insister sur la nécessité de placer l'enfant dans un établissement dont l'aménagement, l'équipement technique et le fonctionnement correspondent très exactement à son état de santé ?

A quelque point de vue que l'on se place, l'importance d'une adaptation correcte du petit malade au milieu qui le recevra éclate : du point de vue médical, en raison des soins particuliers que nécessitent la santé déficiente de l'enfant et son développement physique; du point de vue social, par l'intérêt d'une prophylaxie infantile de la tuberculose; du

point de vue pédotechnique, par l'influence d'un placement collectif sur l'éducation d'un enfant et le développement de sa personnalité; du point de vue financier enfin, car ces placements sont une lourde charge pour les organismes payeurs, au premier plan desquels se place la Sécurité Sociale, c'est-à-dire, en définitive, le monde du travail.

Une étude de l'aérium va donc comporter de multiples aspects et toucher aux domaines de la pédiatrie, de la médecine préventive, de l'hygiène pratique, de la médecine sociale, etc...

Mais il sera d'abord nécessaire de retracer l'évolution des idées sur les établissements de prévention infantile de la tuberculose avant d'en arriver aux dispositions règlementaires actuellement en vigueur.

Le second chapitre sera consacré à la conception moderne de l'aérium; il comportera une étude de l'organisation, du fonctionnement et des indications de l'aérium replacé dans le cadre général des établissements de protection de l'enfance.

Au chapitre III seront tour à tour envisagées les réalisations de la région de Toulouse et enfin la politique générale de l'aérium en France.

CHAPITRE PREMIER

L'évolution des idées

Historique et Législation

« Le meilleur moyen de rendre hommage à nos devanciers qui ont consacré leurs efforts à la législation anti-tuberculeuse est de perpétuer leur œuvre, non en la maintenant avec orthodoxie dans le cadre rigide des formules initiales, mais en l'améliorant sans cesse, en la considérant comme une création continue qui se modèle sur les conquêtes de la science et les progrès de l'entr'aide sociale. »

Et. BERNARD,
Phtisiologie humaine.

La législation des aériums ne date guère que d'une dizaine d'années. Bien avant la parution de la loi, il existait des établissements répondant aux conditions qui seront imposées plus tard. Il était cependant sage de tenir compte de la réalité et des habitudes, de les modifier et de les orienter progressivement, et, par étapes successives, de permettre à la conception moderne de l'aérium de se dégager.

Créé par Mlle WALLERSTEIN pour son institution d'Arès, au bord du bassin d'Arcachon, dans un lieu « où l'air est particulièrement pur », le terme d'*aérium* a connu des sorts très divers; il désignait pourtant pour les hygiénistes des établissements absolument indispensables au point de vue médico-social. Après des éclipses et des fortunes diverses, tour à tour préventorium et colonie sanitaire, il a finalement reçu la consécration légale de l'Ordonnance du 31 Octobre 1945 relative à l'organisation et au fonctionnement de

la lutte anti-tuberculeuse. Il est à l'heure actuelle exclusivement employé pour désigner l'établissement destiné à la prévention de la tuberculose chez les enfants déficients.

*
**

L'idée des bienfaits que peuvent retirer de la cure d'air et de soleil les enfants débiles ne s'est progressivement imposée aux pédiatres et aux hygiénistes que vers 1915-1920.

Les premiers résultats obtenus ne tardent pas à faire éclore écoles au grand air, préventoriums, aériums, solariums, etc... Ces initiatives privées étaient d'inspiration généreuse, mais que de variétés dans les conceptions et dans les applications ! Le contrôle médical était épisodique et lointain, le recrutement n'obéissait à aucune règle scientifique précise. Sous le terme d' « enfants débiles » on groupait tous les enfants dont l'état évoquait l'idée vague de « prétuberculose » — qui en réalité allait de la banale hypotrophie à la primo-infection tuberculeuse — et on les soumettait d'une façon intensive à l'aération, la gymnastique et l'héliothérapie.

Quelques déboires montrent rapidement la nécessité d'une sélection avant tout placement, d'une classification et d'une organisation des établissements basées sur des indications médicales particulières.

Le premier, le préventorium s'individualise parmi les diverses maisons d'enfants : alors qu'auparavant le nom en était donné à tout établissement à but prophylactique, il se spécialise dans la lutte contre les formes initiales de la tuberculose. Vers 1930, sous l'influence des idées de Léon Bernard, il devient un établissement médical réservé à la cure des primo-infections tuberculeuses, qui réclament une activité physique réduite et contre-indiquent toute exposition

au soleil. Une ligne de conduite thérapeutique et un esprit commun sont ainsi possibles dans une collectivité homogène.

Mais malgré ces directives et en vue de se faire agréer par le Ministère de la Santé Publique et de recevoir la clientèle des assistés et des assurés sociaux, de multiples institutions vont se parer du titre de « préventorium ». C'était d'autant plus facile qu'aucun texte officiel n'en donnait encore la définition. Aussi nombre de ces établissements n'étaient-ils en réalité que des maisons de campagne plus ou moins bien aménagées et ne répondant que très imparfaitement à leur destination. La surveillance médicale y était insuffisante ou même inexistante. De plus, en même temps que les enfants dont l'état de santé ressortissait de la cure préventoriale étaient souvent hospitalisés des enfants indemnes d'infection tuberculeuse ou des enfants atteints de tuberculose évolutive ou contagieuse. De nombreux placements y étaient aussi effectués pour des raisons tenant exclusivement à des considérations d'ordre social ou d'assistance.

Cette anarchie et ces erreurs provoquent la parution en 1937 du premier texte officiel définissant le préventorium et précisant en même temps les indications des diverses institutions de plein air susceptibles de recevoir des enfants.

*
**

La Circulaire Ministérielle du 17 Avril 1937 distingue en effet les établissements suivants :

Les colonies et camps de vacances.
Les écoles de plein air.
Les maisons de repos ou de convalescence pour enfants.
Les maisons spécialisées pour certaines affections infantiles.
Les préventoriums.

Ces derniers y sont subdivisés en préventoriums proprement dits et en aériums. Tous deux sont des établissements médicalement outillés et dirigés, le préventorium avec un médecin résident, l'aérium sans permanence médicale. Mais rapidement on doit renoncer à l'obligation du médecin résident. Et la Circulaire Ministérielle du 4 décembre 1937, en supprimant cette obligation, supprime du même coup la distinction entre préventorium et aérium. Les deux catégories d'établissements sont fusionnées sous la dénomination de « préventoriums anti-tuberculeux ».

Cependant, en fait, la distinction subsiste; on continue à parler toujours de préventorium « simple » et de préventorium « surveillé ».

Mais la question de leurs indications respectives reste encore fort confuse, au moins pour le préventorium simple. On conseille de diriger vers lui « les sujets dont le dispensaire d'hygiène sociale a reconnu la susceptibilité réceptive à la tuberculose », ou encore « les enfants relevant de la lutte anti-tuberculeuse lorsque leur état général présente un fléchissement qui, joint à la notion de contamination possible, indique la nécessité d'un repos à la campagne ». (G. PETIT) (29).

Le caractère vague des indications théoriques n'en facilitait pas l'application. L'épreuve du temps et des usages était nécessaire.

Ces idées à l'état d'ébauche vont se préciser au moment où la généralisation des réactions à la tuberculine leur donne à la fois une base scientifique et la possibilité d'une facile application pratique.

La nécessité d'une législation modelée sur ces acquisitions récentes de la médecine s'impose alors : c'est le mérite de la Loi du 16 décembre 1942 d'avoir fait entrer dans les textes officiels la distinction entre les sujets à cuti-réaction positive et les sujets à cuti-réaction négative. Elle donne la première définition légale du préventorium moderne; elle

institue enfin un type spécial d'établissement de placement infantile, la colonie sanitaire, dernière étape avant de parvenir à la conception actuelle de l'aérium.

*
**

La Loi du 16 *décembre* 1942 classe en trois catégories à indications respectives très nettement posées les établissements pour enfants déficients fonctionnant en régime d'internat et sous surveillance médicale. Ce sont :

Les préventoriums;
Les colonies sanitaires;
Les maisons de convalescence.

Les indications de placement sont les suivantes :

« ART. 3. — Les préventoriums sont destinés à recevoir :

1° Des sujets présentant une réaction tuberculinique positive et convalescents de primo-infection tuberculeuse récente accompagnée d'une atteinte de l'état général ou d'une manifestation localisée :

— soit convalescents de tuberculose ganglio-pulmonaire;
— soit convalescents de pleurésie séro-fibrineuse;
— soit convalescents d'érythème noueux;

2° Des sujets chez lesquels les réactions tuberculiniques sont devenues récemment positives et qui sont porteurs d'adénopathies périphériques ou atteints de tuberculose externe non suppurée ne relevant pas d'un traitement chirurgical.

Les sujets atteints d'une des affections prévues aux deux paragraphes précédents ne peuvent être admis qu'après disparition de la fièvre, des symptômes d'évolutivité et lorsqu'ils ne sont pas contagieux.

« ART. 4. — Les colonies sanitaires sont affectées à des enfants ou des convalescents non contagieux :

1° Présentant une primo-infection tuberculeuse uniquement objectivée par une réaction tuberculinique récemment devenue positive non accompagnée de lésion décelable ni de réaction thermique ni de perte de poids;

2° Relevant d'une affection médicale ou chirurgicale entraînant une convalescence prolongée;

3° Présentant une altération passagère ou durable de l'état

général qui n'est pas en rapport avec une infection tuberculeuse;

Les colonies sanitaires peuvent également recevoir les enfants ou adolescents indemnes d'affection tuberculeuse vivant en contact avec un tuberculeux contagieux, quel que soit l'état de leurs réactions tuberculiniques.

ART. 5. — Les maisons de convalescence sont destinées à recevoir pour un repos de courte durée des enfants ou des adultes non contagieux relevant d'une affection aiguë, médicale ou chirurgicale non tuberculeuse. »

Aucune confusion n'est plus possible — ou ne doit plus l'être — après une catégorisation aussi nette des diverses déficiences infantiles.

Un texte légal fixe ensuite les conditions techniques d'installation et de fonctionnement de ces établissements nouvellement définis.

Pour les préventoriums c'est le Décret du 3 août 1942, complété par l'Arrêté du 28 avril 1943.

Puis le Décret du 27 décembre 1943 règlemente l'aménagement des colonies sanitaires. Quelques points importants sont à souligner : la durée de séjour minimum y est de 3 mois; les enfants n'y sont admis qu'après avoir subi un examen par un médecin phtisiologue des services publics; l'équipement médical comporte obligatoirement un lazaret et une infirmerie.

Ainsi la colonie sanitaire (dont la Circulaire Ministérielle du 17 avril 1937 faisait une simple variété de colonies de vacances réservée à des enfants débiles) s'apparente maintenant aux établissements permanents et est assimilée au triple point de vue surveillance médicale, aménagement et conduite de cure, aux préventoriums et aux maisons de convalescence. Mais malgré la netteté de ses indications et le soin apporté à son organisation, son rôle n'est pas exactement défini et une étape décisive reste encore à franchir.

En effet, MAILLET (25) par exemple, commentant la Loi du 16 décembre 1942, peut écrire en 1945 : « Les Colonies

sanitaires exercent vis-à-vis des jeunes sujets en état de dénutrition et de moindre résistance, une action comparable à celle que remplissent les aériums et les préventoriums à l'égard des enfants contaminés de tuberculose ». Ces colonies sanitaires doivent assurer « la prévention des complications graves ou des convalescences interminables à la suite d'affections aiguës généralement bénignes, et des déficiences menaçantes pour l'avenir ». La colonie sanitaire n'entre donc pas encore dans le cadre des établissements de lutte contre la tuberculose.

On estime que la lutte anti-tuberculeuse ne doit pas prendre à sa charge tous les déficients physiques, tous les sujets fatigués ou convalescents. Mais n'est-ce pas faire de la prophylaxie anti-tuberculeuse que de traiter chez les enfants les défaillances prolongées de l'organisme ? D'où la nécessité de reconsidérer le problème de la lutte anti-tuberculeuse et d'adapter notre armement aux conceptions actuelles de l'évolution de la tuberculose.

Un remaniement de cet armement s'impose également du fait des circonstances nouvelles nées de la fin de la guerre 1939-1945 : retour des rapatriés en mauvais état sanitaire, nécessité de secourir la jeunesse française débilitée par les années de restrictions, obligation de reconstruire les établissements de prévention et de cure détruits au cours des hostilités.

Une refonte de la législation anti-tuberculeuse basée sur le fruit de l'expérience et sur les progrès de la science médicale s'avérait nécessaire. L'Ordonnance du 31 octobre 1945 relative à l'organisation et au fonctionnement de la lutte contre la tuberculose devait la réaliser et consacrer l'aérium, au même titre que le sanatorium et le préventorium, organisme de lutte anti-tuberculeuse.

*
**

L'Ordonnance du 31 *octobre* 1945 oriente donc toute notre prophylaxie anti-tuberculeuse et précise le rôle des divers établissements de cure. L'article 14 dispose :

« Les aériums sont des établissements affectés aux enfants qui sont exposés à la tuberculose, mais qui ne relèvent pas du préventorium.

Ces enfants appartiennent à une des catégories suivantes :

— enfants relevant d'une affection médicale ou chirurgicale entraînant une convalescence prolongée;

— enfants dont l'état général est atteint;

— enfants devant être soustraits à la contamination et séparés du milieu familial. »

Par la catégorie des sujets qu'il reçoit l'aérium prend donc la place de la colonie sanitaire de l'ancienne législation. Mais la façon dont il est conçu réalise la nouveauté essentielle de la législation actuelle : il bénéficie dans tous les domaines, aussi bien médical qu'administratif et financier, des dispositions applicables aux sanatoriums et aux préventoriums.

Désormais des textes similaires vont simultanément règler les conditions hygiéniques et techniques d'installation et de fonctionnement des trois catégories d'établissements, ainsi que les conditions dans lesquelles s'exercera à leur égard la surveillance de l'autorité publique. Souvent trop théoriques à leur début, ils devront par la suite être assouplis pour ne pas gêner le fonctionnement d'œuvres anciennes, cependant fort utiles. Ainsi la rigueur des conditions d'aménagement exigibles des aériums sera atténuée en faveur de certaines maisons d'enfants, puis de quelques écoles de plein air.

Actuellement les conditions minima requises sont fixées par le Décret du 24 mai 1948 relatif à la création, l'aménagement, le fonctionnement et la surveillance des aériums et par l'Arrêté du 25 mai 1948 déterminant les conditions d'installation et de fonctionnement des aériums (cf Annexe).

CHAPITRE II

La conception actuelle de l'Aérium

L'importance du danger permanent que constitue pour notre pays la tuberculose est bien connue. Malgré une certaine amélioration constatée depuis 1946, elle frappe encore un demi-million de Français; la moitié des décès entre 15 et 25 ans lui est imputable.

L'incidence sociale d'un tel fléau est donc particulièrement grande et la prophylaxie doit être à l'échelle de cette gravité.

Or la préservation de l'enfance — dont l'aérium est un des modes de réalisation — est de l'avis de tous à la base de la lutte anti-tuberculeuse. Les jeunes sont loin d'avoir dans l'ensemble la nourriture et les conditions d'existence qui seraient souhaitables. On estime à l'heure actuelle que le nombre des enfants de parents tuberculeux en contact contagieux atteint à peu près un million. Le risque est immense, car la réceptivité des enfants à la tuberculose est extrême; ils sont infiniment plus sensibles à la contagion que l'adulte et un seul contact, même très bref, avec un malade peut suffire à les contaminer. De plus une part importante des tuberculoses de l'adulte provient du réveil d'une infection de l'enfance ou fait suite à une primo-infection de l'adolescence.

Mais la protection du jeune est réalisable sans grosses difficultés : un enfant suspect est retiré de son milieu et

traité dans un établissement spécialisé beaucoup plus facilement qu'un adulte dont l'isolement de la société posera de nombreux problèmes familiaux et sociaux.

Pour ces nombreuses raisons, il apparaît clairement que la prophylaxie infantile de la tuberculose est le meilleur moyen de faire régresser ce fléau social.

Dans quel sens cette prophylaxie infantile doit-elle s'exercer ?

Rochaix en a posé la règle, devenue classique; elle poursuit un double but :

— d'une part, soustraire les enfants encore indemnes aux contaminations importantes;

— d'autre part, dépister ceux qui sont déjà contaminés et les mettre dans les conditions les meilleures pour éviter les accidents proches ou lointains.

C'est à l'aérium, au préventorium et au placement familial que ces objectifs sont dévolus.

L'aérium assure la prévention de la tuberculose :

— Chez les enfants prédisposés à son développement en raison d'une primo-infection récente ou d'une altération de l'état général:

— chez les enfants exposés à la contamination dans un milieu familial bacillifère.

Il réalise à la fois la prophylaxie « directe » par le placement dans un milieu exempt de toute contamination, et la prophylaxie « indirecte » par l'accroissement de la résistance organique grâce à une cure hygiéno-diététique bien conduite.

*
**

Cette mission de l'aérium bien précisée, il s'avère maintenant nécessaire d'étudier de quelle manière il est apte à la remplir. Ce sera l'objet du prochain chapitre traitant de l'organisation et du fonctionnement.

Puis, connaissant parfaitement ce qu'un enfant peut trouver dans un aérium et ce que cet aérium a l'ambition de faire pour la protection de sa santé, il sera facile de choisir les sujets à y envoyer, c'est-à-dire de poser les indications de placement.

Enfin deux questions intéressantes en raison de leur actualité seront abordées : la prévention par le B. C. G. et l'aérium vu sous l'angle de la Sécurité Sociale.

I

Organisation et Fonctionnement

Le cadre dans lequel va être transplanté l'enfant et son nouveau mode de vie tiennent sous leur dépendance directe la réussite ou l'échec de la cure. Ils sont donc soumis à des règles précises dont certaines sont communes à toutes les collectivités d'enfants et dont les autres sont spéciales à ce mode de placement en raison du but poursuivi.

Ces règles, qui doivent assurer à l'aérium une organisation et un fonctionnement satisfaisants, ont été fixées par les textes règlementaires reproduits en Annexe.

Le moment est venu d'en étudier les principes directeurs essentiels en insistant sur les points qui présentent un intérêt médical.

Trois aspects du problème seront successivement envisagés : l'installation matérielle, la cure, la surveillance médicale.

L'INSTALLATION MATERIELLE

Elle doit procurer à l'enfant air pur, soleil et espace.

Mais est-il des climats particulièrement favorables à la cure en aérium ? Nos connaissances en matière de climato-

thérapie sont encore empiriques et le climatisme appelle des études nombreuses et complexes (*). « Il n'a pas encore comme le thermalisme une doctrine et une tradition ». (DELORE) (17). Cependant il est certain que le rôle du facteur climatique est bien moins grand qu'on ne le croyait autrefois. Et beaucoup plus que le climat général de la région semble compter le micro-climat local, spécial à chaque station. Les seuls facteurs préjudiciables paraissent être l'impureté de l'atmosphère, l'humidité et les vents violents.

L'aérium s'élèvera donc à la campagne dans un lieu largement ensoleillé, sur un sol sec et perméable, à l'abri des vents dominants.

L'endroit sera calme, éloigné des grandes routes, des lieux bruyants et des grosses agglomérations urbaines : les bruits, les poussières, les fumées industrielles nuisent à une cure de repos et de grand air. Enfin des jardins ou un parc doivent entourer l'aérium, permettant récréations et jeux de plein air, et tamisant par leurs ombrages le soleil trop vif de l'été.

*
**

La disposition générale des locaux permettra aux enfants de profiter au maximum des bienfaits apportés par la situation géographique de l'aérium et d'en accroître les effets par une vie saine.

Les pièces qui reçoivent les enfants, dortoirs, réfectoires, salles de classe, salles de récréation, préau, sont disposées du côté de l'ensoleillement maximum; les locaux de service peuvent seuls être orientés différemment. Partout la lumière coule à flot, nulle part on ne doit trouver de coins à poussière et à désordre : l'aérium doit ruisseler de clarté.

Les conditions générales d'installation présenteront toutes

* Le premier Congrès international de Climatisme social s'est tenu à Villard-de-Lans (Isère) les 25, 26 et 27 mars 1949.

les garanties nécessaires au point de vue hygiénique et prophylactique afin de réduire les risques inhérents à toute agglomération enfantine. Elles répondent aux prescriptions habituelles : sol imperméable revêtu d'une substance permettant des lavages fréquents, murs enduits d'une peinture claire et lavable, fenêtres dépourvues de doubles rideaux. L'aération, le chauffage et l'éclairage sont conformes aux plus récentes techniques : aération permanente conçue de manière à fonctionner en toute saison sans occasionner de gêne aux enfants, chauffage central, éclairage électrique.

L'eau potable sera fournie en quantité suffisante, compte tenu de la capacité de l'établissement et des besoins aux périodes de pointe, et régulièrement contrôlée au point de vue de la pureté bactériologique. L'évacuation des eaux usées et des ordures ménagères est assurée conformément aux prescriptions du règlement sanitaire départemental. Ce sont des mesures essentielles pour la prévention des épidémies d'origine hydrique.

L'aérium dispose aussi de l'appareillage nécessaire à la désinfection en profondeur. Le lessivage du linge est effectué sur place par des procédés assurant une désinfection efficace. Enfin les installations sanitaires (w.-c., lavabos, douches, baignoires) permettront aux enfants le respect des règles de l'hygiène individuelle.

La cuisine, le réfectoire, la salle de classe, la salle de jeux mériteront une attention spéciale. Un préau est utile pour permettre aux enfants de jouer à l'abri des intempéries sans être privés du grand air et de la vie de la campagne. Les dortoirs sont des pièces dans lesquelles les enfants passent près de la moité de leur temps, 10 ou 12 h. de sommeil par jour : aussi l'aération et l'ensoleillement seront-ils spécialement étudiés, de larges baies vitrées y dispenseront air et lumière. Enfin une galerie de cure sera aménagée et orientée de façon à assurer une protection efficace contre le soleil et le vent en toute saison.

⁂

Si l'installation générale de l'aérium est d'une importance primordiale, la qualité des soins médicaux nécessaires pendant le placement est tout aussi essentielle.

Les exigences de la loi en ce qui concerne *l'équipement médical* sont motivées par l'état pathologique des enfants placés dans l'établissement et par le but de prophylaxie anti-tuberculeuse qui y est poursuivi.

Les services médicaux d'un aérium comprennent :

— Un cabinet médical et une salle de soins, bien distincts l'un de l'autre. On y trouve les instruments de mensuration habituels (bascule, toise) et le matériel nécessaire à la pratique des examens oto-rhino-laryngologiques courants. En annexe, une réserve de pharmacie fermant à clé, un cabinet dentaire, une installation de rayons ultra-violets et, élément caractéristique, une installation radioscopique.

— Une infirmerie destinée à l'hospitalisation des enfants atteints d'affection aiguë. Bien isolée des locaux habités, elle possède un nombre de lits suffisants pour faire face à toutes les éventualités : elle doit comporter au minimum un dixième du nombre total des lits de l'établissement. Des chambres d'isolement seront aménagées pour les enfants suspects ou atteints de maladie contagieuse.

— Un lazaret, aménagé dans un pavillon spécial (ou, si l'établissement est peu important, dans un local de l'immeuble). Les nouveaux arrivants y sont isolés pendant une période de 25 jours. Il possède des boxes individuels ou des chambres séparées, en nombre égal au dixième de l'effectif de l'établissement. Tant au point de vue de l'aménagement intérieur que du fonctionnement, toutes mesures sont prises pour assurer son indépendance intégrale à l'égard des autres services et à tout moment de la journée, sous quelque prétexte que ce soit.

LA CURE EN AERIUM

Par des éléments naturels mis en œuvre dans un cadre hygiénique, l'aérium va essayer d'équilibrer les forces de résistance et d'agression, d'assurer en somme la défense « biologique » du terrain.

Autant que l'agent infectant le terrain a une importance considérable dans l'éclosion et l'évolution de la tuberculose. « On ne fait pas germer une graine sur un roc » (SERGENT). Le caractère héréditaire d'une plus ou moins grande résistance à l'agression bacillaire (la résistance spécifique innée d'Et. Bernard) est indiscutable. Mais le facteur héréditaire est en général dominé par les facteurs ambiants : contagion surtout, et aussi causes secondes qui affaiblissent les défenses générales de l'organisme (maladie anergisante, sous-alimentation, surmenage, etc...).

Deux principes orientent le fonctionnement de l'aérium :

1) L'application d'une cure hygiéno-diététique dont les éléments caractéristiques sont le repos, l'aération, l'exercice dirigé, la nourriture saine et abondante.

2) L'isolement de l'enfant de la société, réalisant la suppression de tout contact tuberculeux infectant et la moindre fréquence des maladies infectieuses débilitantes.

*
**

L'aération est à la base de la cure; elle a une action tonique et stimulante sur le développement de l'enfant : elle augmente l'appétit, favorise les métabolismes, accélère les éliminations. Ses propriétés prophylactiques et curatives ont été abondamment démontrées. L'enfant doit profiter de son action bienfaisante le jour comme la nuit, pendant les heures de repos comme pendant les jeux ou la classe.

Après la cure d'air, *le repos* est un élément important de

la vie en aérium. Il est fonction de l'état de santé des pensionnaires; les enfants ne sont pas des malades comme dans un sanatorium par exemple, aussi le repos ne doit-il pas être absolu; il ne doit pas non plus être réduit aux seules heures nocturnes comme pour les enfants bien portants. Une durée suffisante est obtenue par une prolongation des heures de sommeil (12 heures en moyenne chez un enfant de 5 ans, 10 heures pour un enfant de 12 ans) et par un séjour de deux heures au lit pendant la journée : la pratique de cette sieste ou cure de silence après le repas de midi doit être imposée aux enfants et les bienfaits qui en résultent méritent qu'un personnel suffisamment nombreux veille à son strict respect. Elle a naturellement lieu au grand air dans la galerie de cure.

Mais une surveillance de *l'activité physique* doit aller de pair avec cette cure de repos relatif. Les enfants de l'aérium ne sont pas de ceux qui pourraient supporter de longues heures de sport ou de promenade, comme par exemple leurs petits camarades sains des colonies de vacances. Une initiation intelligente et une progression rationnelle doivent présider à l'organisation de leurs exercices physiques : ils sont dans les premiers temps du séjour assez réduits et les jeux fatigants modérés; puis, quand les constantes physiologiques des enfants deviennent normales et stables, une place progressivement importante leur est réservée dans l'emploi du temps.

Un soin tout spécial est apporté dans l'aérium à *l'alimentation* des enfants. Il faut que, par une juste répartition des éléments de base indispensables, les aliments correspondent non seulement à toutes les nécessités d'un organisme en pleine croissance, mais encore favorisent la reprise des défenses naturelles et le retour du terrain vers sa constitution normale. M^me^ L. Randoin, dont les travaux en matière d'hygiène alimentaire font autorité, s'est attachée à souligner l'importance de la diététique en médecine préventive :

« Si l'on envisage la prophylaxie des maladies, la résistance organique des individus dépend étroitement de leur équilibre cellulaire et humoral, lequel ne peut être à son maximum que si ces individus son alimentés d'une manière correcte ». (*).

Mais il est un autre avantage que l'enfant placé en institution de plein air retire d'une alimentation saine et équilibrée : c'est la réalisation d'une cure de désintoxication et de rééducation alimentaire, sur laquelle le Docteur J. BENECH (6) dans ses nombreux travaux poursuivis à Nancy a justement attiré l'attention. « Les enfants sont pour la plupart mal nourris dans leur famille; leur nourriture est insuffisante en quantité, mauvaise en qualité, peu appropriée à leur âge; c'est en somme une nourriture dont la toxicité agit d'une façon néfaste sur la croissance staturale et pondérale. Ces enfants sont des malingres et des chétifs et présentent fréquemment des troubles digestifs... Ils sont tous justiciables d'une thérapeutique culinaire ou alimentaire. Il faut les habituer à manger sainement en leur donnant une alimentation à la fois rationnelle et agréable ».

L'enfant placé dans un aérium doit être aussi peu que possible troublé dans sa vie scolaire. Car l'aérium n'est pas comme une colonie de vacances une institution qui dure six semaines quand l'école a fermé ses portes. Il faut empêcher que le temps de séjour, parfois assez long, ne soit l'occasion d'un retard scolaire trop important. Cependant *l'enseignement* adapte ses méthodes à l'état physique des élèves, suivant des modalités d'horaire et de programme arrêtées d'un commun accord entre le médecin de l'aérium et l'autorité académique. ANGLADE (1) a posé les principes de la conduite éducative de la cure :

---

* *Techniques hospitalières*, oct.-nov. 1945. L. RANDOIN : « Rations quotidiennes équilibrées avec menus à l'intention des établissements de prévention, cure et post-cure. »

« 1° Il ne faut pas que le régime de cure apprenne la paresse aux enfants qui le subissent.

2° Le but éducatif à atteindre est :

— D'abord de conserver aux enfants le bénéfice des connaissances qu'ils possèdent déjà.

— Ensuite de leur apprendre, grâce à leur séjour en milieu rural, des activités que les jeunes citadins ignorent la plupart du temps.

— De leur donner aussi le goût d'une éducation générale vivante, premier temps de la culture générale.

— De préparer enfin l'orientation professionnelle des plus grands ».

Ainsi, le séjour en aérium ne fait pas perdre un temps précieux au point de vue éducatif, mais au contraire procure à l'enfant des acquisitions nouvelles par l'application des méthodes actives d'enseignement au grand air (classe-promenade, activités dirigées, etc...).

Enfin il est un facteur thérapeutique que ne doit pas négliger de procurer la cure : c'est la régularité dans le mode de vie. Un emploi du temps préside à la répartition des diverses activités de la journée de l'enfant et garantit l'influence équilibrante d'une vie ordonnée, régulière et calme.

*
**

Le bénéfice d'une cure en aérium ne peut être complet que si elle assure, avec les éléments précédemment étudiés, une protection de l'enfant contre les maladies épidémiques et la quasi impossibilité d'une contamination tuberculeuse. En raison de l'état de moindre résistance physique des pensionnaires, ces dangers sont bien plus redoutables dans un aérium que dans une banale collectivité d'enfants. Des mesu-

res très sévères doivent donc y régler *les contacts avec l'extérieur* et isoler au maximum l'enfant de la société.

La contamination peut avoir deux origines :

— une origine endogène, par l'intégration à la collectivité d'un enfant en incubation de maladie infectieuse ou par l'affection contagieuse d'un membre du personnel.

— une origine exogène, par le contact d'un étranger à l'établissement.

Le lazaret est le principal bastion du réseau de défense dont s'entoure l'aérium contre l'épidémie. Il répond à la nécessité de ne pas mêler d'emblée à la collectivité un nouvel arrivant a priori suspect d'incubation de maladie contagieuse. Le temps qu'un enfant passe dans un aérium est suffisamment long (trois mois au minimum et souvent six mois) pour qu'un isolement de trois semaines en début de cure ne présente aucun inconvénient. De plus cette période d'isolement peut servir de période d'acclimatation pour l'enfant fragile brusquement transporté de l'atmosphère confinée de la ville à l'aérium où la ventilation est intense. Elle peut également être mise à profit pour les vaccinations obligatoires antivarioliques et antidiphtériques antitétaniques qui n'auraient pas été pratiquées avant l'entrée, ainsi que pour les vaccinations souhaitables contre les infections typho-paratyphoïdiques.

Mais les pensionnaires ne peuvent se soustraire au contact du personnel qui ne doit pouvoir être nuisible aux enfants. Une précaution élémentaire est de s'assurer que ce personnel est indemne de toute affection tuberculeuse par des examens médicaux cliniques et radiologiques pratiqués avant son entrée en fonction et renouvelés une fois l'an.

Après s'être contaminé à l'extérieur, il peut aussi être à l'origine de l'éclosion d'une épidémie. Aussi toute personne exerçant dans un aérium une activité professionnelle l'expo-

sant à des risques de contamination subit obligatoirement, en application d'une loi récente (*), les vaccinations conférant l'immunité contre la variole, les infections typho-paratyphoïdiques, la diphtérie et le tétanos. Après une maladie contagieuse l'agent n'est autorisé à reprendre son service que lorsque sa non contagiosité aura été démontrée suivant les règles habituelles et bien connues.

Contre les dangers d'infection qui viennent directement de l'extérieur, l'aérium se protège aussi : c'est un internat et les enfants étrangers à l'établissement ne peuvent y pénétrer. De même les pensionnaires ne doivent sous aucun prétexte se mêler à d'autres collectivités d'enfants; le cas pourrait se poser en particulier pour l'école.

Enfin le séjour en aérium ne doit être interrompu ni par des sorties périodiques, ni par des vacances. Cependant on ne doit pas isoler d'une façon absolue l'enfant de sa famille. Les parents ont le droit légitime de voir leurs enfants et de se rendre compte de leur état de santé. Quelques visites sont donc permises dans un parloir isolé, bien qu'il soit parfois difficile de faire comprendre aux parents certaines notions de prophylaxie élémentaire. Pour diminuer le plus possible la fréquence de ces contacts, la direction de l'établissement veille à ce que les familles reçoivent chaque semaine des nouvelles de leur enfant; elle leur adresse tous les mois un extrait de la fiche médicale.

LA SURVEILLANCE MEDICALE

L'aérium ne remplirait pas efficacement sa tâche d'organisme de prophylaxie anti-tuberculeuse s'il se contentait de

* Loi du 27 août 1948 (complétée par deux Arrêtés du 19 janvier 1949) relative à l'immunisation obligatoire de certaines personnes contre la variole, les fièvres thypoïdes et paratyphoïdes A et B, la diphtérie et le tétanos.

placer les enfants dans de bonnes conditions climatiques, hygiéniques et diététiques. Il leur assure aussi une étroite surveillance médicale, individuelle et collective.

Mais cette *surveillance médicale permanente* prévue par les textes légaux ne doit pas se borner au traitement des quelques petits incidents pathologiques. Le médecin doit jouer un rôle prépondérant dans l'aérium et son contrôle doit s'exercer sur toutes les activités de l'enfant en cure.

La tâche essentielle du médecin d'aérium (*) est l'examen médical individuel et périodique de tous les enfants. Au cours de visites fréquentes, tous les quinze jours au minimum, il pratique chez chaque pensionnaire :

— Une mesure des poids, taille et périmètre thoracique.

— Un examen clinique attentif.

— Un contrôle radioscopique.

— Et, à intervalles réguliers, une cuti-réaction, si la précédente était négative.

Le médecin consigne les résultats de ses examens sur une fiche médicale individuelle, tenue régulièrement à jour. La croissance et le poids sont les meilleurs points de repère pour suivre l'évolution de l'état physique des enfants : des anomalies dans leurs courbes imposent un surcroit de surveillance médicale.

Mais elle ne peut être efficace qu'avec la collaboration de tout le personnel d'encadrement dont l'attention doit être particulièrement appelée sur la nécessité d'observer de façon constante le comportement des enfants, leurs réactions à la fatigue, leur sommeil, leur appétit, la régularité de leurs

---

* Le choix du médecin d'un aérium est réglé par l'article 13 du Décret du 12 juin 1948 fixant les conditions de recrutement et de nomination des médecins des services anti-tuberculeux : « Les médecins d'aérium sont nommés par les représentants des collectivités gestionnaires ou les particuliers responsables, après avis conforme du Directeur départemental de la Santé qui consulte le médecin consultant régional de phtisiologie. »

fonctions digestives, leur entrain au jeu. Des relations étroites et permanentes entre le service médical et le personnel en contact avec les enfants sont sur ce point absolument nécessaires.

Dans l'aérium les enfants sont donc suivis médicalement plus que traités. Ils ne sont en fait justiciables d'aucune autre thérapeutique que le repos, le grand air, une nourriture saine et abondante. L'importance des traitements médicamenteux est secondaire et les prescriptions de cet ordre sont réduites au minimum. Certaines médications peuvent toutefois servir de complément utile à la cure telle la médication recalcifiante et stimulante.

Dans certains cas, les rayons ultra-violets, la gymnastique médicale, respiratoire ou corrective, peuvent être indiqués.

Le médecin tient un registre de ses prescriptions, de l'état sanitaire et des hospitalisations effectuées à l'infirmerie; ainsi que les fiches médicales, il doit le présenter à toute demande des médecins de l'Inspection de la Santé.

L'isolement des enfants dans le lazaret réclame une surveillance particulière; examen de la gorge, de la peau, prise de température, recherche des parasites, etc... y sont renouvelés fréquemment.

Enfin le médecin d'aérium a la faculté de proposer une prolongation de séjour s'il la juge nécessaire. La loi, qui fixe la durée minimum de séjour de trois à six mois, laisse la possibilité de la prolonger par périodes de trois mois au maximum. Le médecin juge si l'amélioration de l'organisme de l'enfant est suffisante pour qu'un fléchissement ne se produise à nouveau dans un avenir proche après la cessation de la cure.

Par l'intermédiaire des fiches médicales contenues dans les dossiers d'admission et de sortie, le contact est constamment maintenu entre le médecin qui a posé l'indication du placement, celui qui surveille la cure et celui qui suivra l'état de santé de l'enfant revenu dans sa famille.

*
**

Mais la surveillance médicale des pensionnaires n'est pas tout le rôle du médecin de l'aérium. Il doit s'occuper aussi de l'état sanitaire du personnel en éliminant tout sujet susceptible de contaminer la collectivité.

Et surtout il contrôle toutes les activités de l'enfant pendant son placement et veille à l'application des principes régissant la cure. Il établit en accord avec la direction un emploi du temps minutieusement équilibré et exige éventuellement des modifications adaptées à chaque cas particulier. Il surveille la durée et le respect des heures de sommeil et des cures de silence; il s'intéresse aux exercices physiques pratiqués, aux jeux, aux loisirs. Il arrête, en accord avec l'autorité académique, les modalités de l'enseignement donné par les instituteurs. Enfin, il surveille fort attentivement le régime alimentaire des pensionnaires, se fait communiquer les menus, veille à ce que la nourriture, variée et équilibrée, soit appropriée à l'âge des enfants, et ordonne les régimes spéciaux.

Pour terminer cette revue des diverses activités du médecin dans l'aérium, il ne reste plus qu'à rappeler l'importance qui s'attache à la surveillance des installations sanitaires et à l'application des règlements d'hygiène dans l'organisation et le fonctionnement général de l'établissement.

II

Les indications de placement

Toute une gamme d'établissements sanitaires s'offre au placement des enfants selon le degré d'altération de leur santé; chacun d'eux n'est apte à recevoir qu'une clientèle déterminée, d'ailleurs fixée par la loi. Cette individualisation est l'aboutissant de la tendance nouvelle à séparer et à catégoriser la clientèle des établissements de cure.

Il ne faut pas réunir des enfants dont l'état physique est dissemblable et nécessite des conditions de vie, des soins et une surveillance médicale différentes. En particulier la présence dans le même établissement d'enfants bien portants et d'enfants à état général défectueux est à éviter : car il n'est ni souhaitable, ni facile d'imposer une discipline de cure à des enfants sains et il est très pénible pour les enfants malades de voir dans la même maison des camarades en bonne santé se livrer à des ébats qui leur sont interdits.

De même, c'est une faute grave que de diriger sur un centre dont la destination médicale est rigoureusement déterminée, des sujets dont l'état de santé ne répond pas à ces indications. Il est très important pour la santé des enfants que ceux-ci soient hébergés dans l'établissement qui convient à leur état et tout mélange est préjudiciable à la

bonne réussite de leur cure. L'homogénéité de la clientèle de chaque institution ainsi spécialisée assure un meilleur fonctionnement pour le plus grand bien des enfants.

Il est donc nécessaire de rappeler d'abord la place qu'occupe l'aérium parmi les diverses institutions de plein air pour n'aborder qu'ensuite le problème de ses indications particulières.

L'AERIUM ET LES ETABLISSEMENTS DE PLEIN AIR

Des institutions telles que le préventorium, la colonie sanitaire, la maison d'enfants, l'école de plein air, peuvent paraître bien proches de l'aérium. Il n'est pas inutile de les situer par rapport à ce dernier et d'indiquer leur but, leur recrutement, les principes de leur organisation et les modalités de la surveillance médicale.

Le Préventorium. — Etablissement de cure destiné à la prophylaxie anti-tuberculeuse, il est orienté vers le traitement de la primo-infection et de ses suites immédiates. Son recrutement est donc parfaitement distinct et de celui de l'aérium et de celui du sanatorium, qui est réservé aux formes curables ou améliorables de la tuberculose.

La loi dispose (art 13 de l'Ordonnance du 31 octobre 1945, repris par l'art. 1er de l'Annexe VI de la Circulaire Ministérielle du 8 septembre 1948) :

« Les préventoriums sont destinés à recevoir :

1° des sujets présentant une réaction tuberculinique positive, et convalescents de primo-infection tuberculeuse récente, accompagnée d'une atteinte de l'état général ou d'une manifestation localisée d'adénopathie médiastinale, notamment des convalesvents de pleurésie sérofibrineuse ou d'érythème noueux;

2° des sujets chez lesquels les réactions tuberculiniques sont devenues positives et qui sont porteurs d'adénopathies périphéri-

ques, ou atteints de tuberculose externe non suppurée, ne relevant pas d'un traitement chirurgical ou orthopédique.

Les sujets atteints d'une des affections prévues aux deux paragraphes précédents, ne peuvent être admis qu'après disparition de la fièvre, des symptômes d'évolutivité, et lorsqu'ils ne sont pas contagieux. »

Le préventorium est donc un établissement spécialisé pour certaines formes de tuberculose. En raison de cette spécialisation son organisation présente des analogies avec celle d'un sanatorium, offre les mêmes possibilités de cure, de repos, d'aération, assure l'obéissance stricte aux règles régissant la marche du traitement et la surveillance médicale. Mais l'ambiance est toute différente : la cure dépasse rarement un an, ne nécessite jamais d'intervention grave et permet des résultats presque toujours favorables. C'est une atmosphère de guérison.

« La cure préventoriale est constituée essentiellement par le repos en milieu climatique convenable et sous surveillance radiologique et clinique des plus soigneuses » (MURE) (27). Le repos est la base même de la cure, c'est là une grosse différence avec l'aérium : les primo-infectés passent une grande partie de leur séjour sur une chaise-longue et leur activité doit être minutieusement réglée et très prudemment graduée en tenant compte de leur état. Les obligations d'équipement et de surveillance médicale sont plus strictes que pour l'aérium : aucune dérogation n'est tolérée en ce domaine pour un établissement voulant fonctionner comme préventorium, quelque faible que soit sa capacité. Le poste de radiologie et la galerie de cure en sont les pièces maîtresses.

Le préventorium est donc un établissement hautement spécialisé qu'il n'est pas possible de confondre avec les autres institutions de plein air; la nécessité d'un récent virage de la cuti-réaction y impose un état d'esprit et des techniques particulières.

Une place à part doit être faite aux préventoriums réservés aux localisations non pulmonaires de la tuberculose (adénopathies périphériques, tuberculoses externes non suppurées) qui ne relèvent pas d'un traitement chirurgical ou d'un traitement orthopédique complexe (*). Ils doivent être situés dans une région de climat approprié, de préférence en altitude ou au bord de la mer. Mais ces préventoriums hélio-marins ne peuvent en aucun cas recevoir des sujets ayant récemment présenté des manifestations pulmonaires ou pleurales de primo-infection tuberculeuse.

La colonie sanitaire temporaire

Par le rôle qu'elle entend jouer auprès des enfants à état général déficient et par les moyens qu'elle utilise, la colonie sanitaire temporaire est proche parente de l'aérium (*). Mais son caractère saisonnier et les nécessités d'organisation qui en découlent la rapprochent des colonies de vacances.

De cette dualité de conception, la colonie sanitaire temporaire tire son originalité et surtout son utilité. Elle est destinée aux enfants dont la débilité, sans être suffisante pour nécessiter un long isolement dans un aérium, ne permettrait pas cependant de mener sans inconvénient la vie rude des colonies de vacances.

Les indications règlementaires sont les suivantes (Art. 1er de l'Annexe VIII de la Circulaire Ministérielle du 27 janvier 1948) :

---

* Les malades présentant des tuberculoses externes suppurées et notamment des tuberculoses ostéo-articulaires pouvant faire l'objet d'interventions chirurgicales ou de traitements orthopédiques complexes sont traités dans les sanatoriums pour tuberculose extra-pulmonaire.

* L'aérium a encore pour synonyme dans certains textes officiels le terme de « colonie sanitaire permanente ».

« Les colonies sanitaires temporaires sont destinées à recevoir :

1° des enfants chétifs présentant une taille et un poids inférieurs de 10 % et plus, aux chiffres moyens de leur âge;

2° des enfants ayant fait antérieurement un séjour en préventorium ou en aérium et dont l'état général reste déficient;

3° des enfants convalescents, à l'exclusion de ceux qui sont justiciables d'un séjour en préventorium ou en aérium. »

L'état des enfants admis impose :

— Un service médical organisé sur les principes de celui de l'aérium et une infirmerie (le poste de radiologie et le service dentaire n'y sont cependant pas obligatoires).

— Une surveillance médicale de tous les enfants par examen bi-mensuel et tenue de fiches individuelles.

— Un contrôle par le médecin de la colonie de l'hygiène des locaux, de l'alimentation et de l'emploi du temps des enfants : le repos et les activités physiques y font l'objet de règles semblables à celles de l'aérium.

Mais la durée relativement courte de séjour à la colonie (six semaines au minimum) ne permet pas l'usage d'un lazaret, dont l'absence est partiellement compensée par visite et contre-visite médicales avant le départ afin d'éliminer les enfants atteints de maladie contagieuse.

Toutes ces dispositions prises en fonction du recrutement des colons, ainsi que le choix d'une région bénéficiant de conditions climatiques favorables, font de la colonie sanitaire temporaire un organisme à portée médicale s'opposant à la banale colonie de vacances réservée aux enfants sains.

Cette orientation est encore accentuée dans les colonies thermales, variétés de colonies sanitaires situées au voisinage des villes d'eaux et réservées à certains types morbides d'enfants justiciables d'une cure thermale.

La maison d'enfants a caractère sanitaire

Pendant longtemps le terme de « Maison d'enfants » n'a pas eu de sens bien défini et était appliqué à des établissements fort divers. Mais actuellement il ne désigne plus qu'une catégorie précise d'établissement sanitaire permanent, destiné à des enfants dont l'état de déficience physique, sans justifier l'envoi en aérium, nécessite un séjour d'un mois ou deux à la campagne.

Son rôle est donc semblable à celui de la colonie sanitaire temporaire; mais pouvant admettre des enfants à tout moment de l'année, la maison d'enfants ne fait pas double emploi avec cette dernière qui ne fonctionne que pendant les vacances.

La maison d'enfants admet (Art 3 de l'Annexe XXIV de la Circulaire Ministérielle du 27 janvier 1948) :

« 1° les enfants chétifs, de poids ou de taille inférieurs au chiffre moyen de leur âge, et susceptibles de bénéficier d'un séjour dans de bonnes conditions d'hygiène, d'alimentation et de climat;

2° les enfants relevant d'une affection médicale ou chirurgicale ayant atteint leur état général, mais ne paraissant pas devoir entraîner une convalescence prolongée;

3° les enfants vivant habituellement dans de mauvaises conditions d'hygiène et d'alimentation et présentant un fléchissement léger de l'état général qui n'est pas en rapport avec une infection tuberculeuse;

4° les enfants ayant fait au moins un an auparavant un séjour en préventorium ou en aérium, et pour lesquels il est souhaitable de consolider la guérison par un séjour de quelques semaines dans de bonnes conditions d'hygiène, d'alimentation et de climat. »

Mais plus que les indications, les contre-indications de la maison d'enfants sont absolues : elle ne peut recevoir :

— Ni des malades relevant de l'aérium et a fortiori du préventorium.

— Ni des enfants sains placés hors du domicile de leurs parents pour des raisons purement familiales ou sociales.

Son organisation satisfait aux conditions minima d'installation et de fonctionnement que doivent remplir les établissements recevant des enfants et qui sont fixées par l'Arrêté du Ministre de la Santé Publique du 26 décembre 1947.

Si elle reçoit des enfants de moins de 3 ans, on exige d'elle les conditions réclamées pour les pouponnières.

L'Ecole de plein air

Institution destinée à permettre aux enfants des villes de continuer leur instruction tout en bénéficiant de l'air pur et du soleil, l'école de plein air utilise des méthodes pédagogiques adaptées à la nécessité de surveiller le développement physique des enfants. Elle s'oppose à l'aérium par deux points : elle dépend de l'Education Nationale et non de la Santé Publique; elle s'adresse à une clientèle différente : petits citadins malingres, chétifs, mais non malades, sujets chez lesquels il paraît possible d'imputer la défectuosité du travail scolaire à un état déficient de la santé.

Mais en pratique aérium et école de plein air s'opposent-ils tellement ? L'école de plein air fonctionnant en régime d'internat (l'école-externat, à installation sommaire, est en dehors de la question) est installée suivant les préceptes habituels d'hygiène des maisons recevant des enfants et assure à ses pensionnaires la surveillance médicale nécessitée par l'altération de leur santé. L'aérium, loin de négliger l'instruction des enfants, leur prodigue un enseignement adapté à leurs possibilités physiques. Il y a là un effort convergent vers un même domaine; Péquignot (28) l'avait pressenti dès 1946 : « Entre l'enfant citadin normal qui va en classe à la ville et a besoin chaque été d'aller s'ébattre à la campagne et le malade qu'il faut soigner d'abord et très secondairement instruire dans un préventorium ou un sanatorium, il reste une masse d'enfants. Ces enfants, simples déficients, doivent être suivis médicalement plus que traités et doivent être instruits pres-

que comme des enfants normaux. Pour eux l'aérium ? oui, si nous sommes médecins... Mais à cette question les éducateurs répondent : non pas l'aérium, mais l'école de plein air ».

Les Pouvoirs Publics ont résolu la question en faisant sauter la cloison administrative étanche qui séparait les deux organismes et en assurant la possibilité à certaines écoles de plein air de se faire agréer comme aériums. Pour cela, elles doivent :

— Fonctionner exclusivement en régime d'internat.

— Ne recevoir que les enfants appartenant aux catégories admises en aérium.

— Répondre aux conditions générales d'installation et de fonctionnement des aériums; diverses modifications ont été apportées en leur faveur par l'Article 35 de l'Arrêté du 25 mai 1948. La plus importante est la suppression de l'obligation du lazaret, à condition que tous les enfants entrent simultanément au début de chaque trimestre scolaire et qu'une surveillance médicale soigneuse en vue du dépistage des maladies contagieuses soit effectuée avant leur entrée et pendant les 21 premiers jours.

En résumé, dans une hiérarchie des établissements de plein air pour enfants (*), l'aérium se placerait après le préventorium, établissement médical à spécialisation plus poussée, mais avant la maison d'enfants, l'école de plein air et la colonie sanitaire temporaire qui, recevant des enfants moins atteints, offrent des conditions matérielles et médicales moins perfectionnées.

---

* Afin d'être complet dans cette rapide revue, il convient de citer quelques autres organismes qu'on ne peut ni confondre avec l'aérium ni placer sur le même plan que lui :

— Le centre de placement familial surveillé, recevant des enfants non malades qu'il est nécessaire de séparer de leur famille pour des motifs d'ordre divers ou pour la soustraction à

LES INDICATIONS DE LA CURE EN AERIUM

Connaissant la place exacte occupée par l'aérium parmi les diverses institutions de plein air, il nous est maintenant facile de procéder au triage des petits malades qui tireront profit de la cure en aérium.

En pratique, tout enfant déficient pour lequel on pressent la nécessité d'une cure de plein air pourra être rangé dans une des quatre catégories suivantes :

1° Les primo-infectés;

2° Les convalescents;

3° Les enfants à état général déficient;

4° Les enfants à séparer du milieu familial.

Ce grossier et facile triage effectué, on procèdera dans chacune de ces catégories à une sélection des sujets à envoyer en aérium. C'est aux principes qui doivent régir cette sélection que sera consacré ce chapitre.

1° Les primo-infectés

La systématisation des cuti-réactions tuberculiniques et des examens radiologiques du thorax permet à l'heure

---

un contact tuberculeux (à ce titre, le centre est inclus dans les organismes de prophylaxie anti-tuberculeuse par l'article 15 de l'ordonnance du 31 octobre 1945).

— La colonie de vacances, destinée à procurer aux enfants des villes bien portants, mais vivant dans un milieu urbain insalubre, quelques semaines de plein air, de soleil et de détente physique.

— Les maisons spécialisées pour certaines affections infantiles : maisons de convalescence et de régime autorisées à recevoir des enfants atteints de cardiopathies ou convalescents de rhumatisme articulaire aigu, maisons de rééducation motrice pour les enfants présentant des séquelles de poliomyélite, internats pour enfants déficients (c'est-à-dire atteints de troubles mentaux).

actuelle de dépister le plus grand nombre des primo-infections. Malgré la fréquence de leur curabilité spontanée (*), elles comportent des dangers par migration bacillaire secondaire ou par évolution tertiaire tardive. La guérison complète de la lésion initiale est donc la meilleure assurance contre ces accidents.

La conduite à tenir pour les primo-infections qui s'accompagnent d'une atteinte de l'état général ou de quelque signe radiologique, — a fortiori pour les formes aiguës — est indiscutée : mise au repos de l'enfant dans des conditions favorables d'aération et d'alimentation, surveillance rigoureuse du point de vue médical, éloignement des milieux infectés. Le respect de ces règles impose un placement en préventorium.

Mais la question n'est pas aussi simple pour *les primo-infections latentes*, simples tuberculisations biologiques qui passeraient inaperçues si n'avait lieu la pratique systématique de la cuti-réaction. Le problème d'un placement adéquat est dans ce cas fort discuté.

Pourtant la fréquence de cette éventualité rend son étude intéressante. Pour Courcoux et Bonnefoy (15), les virages de la cuti-réaction qui ne s'accompagnent d'aucun cortège clinique ou radiologique représentent 80 à 85 % des virages totaux. Courmont et Poulain, dans les écoles de Lyon, en ont trouvé 2 sur 3.

Mais avant de porter ce diagnostic de primo-infection occulte, il convient de s'attacher à la recherche soigneuse des moindres manifestations d'une infection évolutive : examens cliniques et radiologiques attentifs et répétés, prises de température deux fois par jour après 20 minutes de re-

---

* Il est bien entendu qu'il ne s'agit que de l'enfance d'âge scolaire. Le pronostic plus grave de la primo-infection chez le nourrisson et pendant la première enfance nécessite une conduite toute différente.

pos allongé, surveillance pondérale fréquente, et même recherche du B. K. par tubage gastrique. Si tous ces examens sont négatifs, on pourra alors seulement parler de primo-infection latente.

Mais dans quelle mesure peut-on présumer de l'avenir de ces enfants ? « Devons-nous considérer cette primo-infection inapparente comme un incident dont l'organisme n'a pas eu à souffrir, qui ne le menace en rien et, par suite, à propos duquel il n'est pas de mise de proposer un traitement ? Ou bien devons-nous l'envisager comme un fait pathologique qui a touché l'individu, silencieusement sans doute, mais qui justifie néanmoins, en même temps qu'une surveillance médicale, un repos d'une certaine durée ? » Et. BERNARD et J. WEIL (8) ont ainsi parfaitement posé les données du problème.

Pour certains auteurs, des mesures prophylactiques ne sont nécessaires qu'après un virage des réactions allergiques s'accompagnant d'anomalies cliniques ou radiologiques. Cette conception a été fortement combattue.

Il est d'abord des cas où nulle hésitation ne saurait être permise : ce sont ceux où des primo-infections latentes surviennent chez des enfants qui depuis des années traînent un état général déficient, ou qui ont subi un contage prolongé et massif dans un milieu contaminé, ou qui appartiennent à une famille dont plusieurs membres ont payé un tribut à la tuberculose.

Mais si rien chez l'enfant et dans son entourage n'est susceptible d'être la cause d'une évolution fâcheuse, faut-il imposer un repos prophylactique ? Les avis divergent; la bénignité fréquente de la primo-infection chez l'enfant peut paraître ne pas exiger de traitements spéciaux. « La pratique montre en effet que nombre d'enfants d'âge scolaire se tuberculinisent sans manifestations apparentes et sans incidents immédiats ou secondaires » (G. DREYFUS-SÉE). Pour BARIÉTY et BROUET (5), le virage simple de la cuti-

réaction n'est suivi, dans 90 % des cas, d'aucun incident fâcheux.

Il est facile de répondre à cela qu'il faut envisager non la guérison immédiate, mais la solidité qui conditionne l'avenir du malade. Et. BERNARD (7) prend position dans ce sens : « Limiter le repos prophylactique aux enfants qui, au moment du virage, présenteraient des signes morbides, aboutirait à supprimer l'intérêt préventif de cette mesure, puisque l'apparition même de ces symptômes traduirait un état de maladie. Rien n'autorise à affirmer que, si aucun fait pathologique ne survient au moment du virage, le repos prophylactique soit une mesure superflue ». Les idées de DEBRÉ (16) sont comparables : « La première poussée évolutive de la tuberculose, si anodine qu'elle soit en apparence, doit être traitée comme toute poussée évolutive, même lorsqu'elle n'a pas d'autre expression que le virage pur et simple de la réaction tuberculinique ». KAPLAN (21) reprend le même thème : « Toute primo-infection, si bénigne soit-elle, doit être traitée à fond et guérie complètement. C'est la meilleure et la seule réelle assurance contre des reprises évolutives ultérieures, et la meilleure prophylaxie de la méningite tuberculeuse ».

Mais cette nécessité de mesures prophylactiques étant admise, les problèmes soulevés par la question des primo-infections latentes ne sont pas pour cela épuisés. Si pédiatres et hygiénistes tendent à s'accorder sur les principes (même schéma général que pour les primo-infections à signes cliniques ou radiologiques, mais plus grande rapidité dans les diverses étapes menant à une reprise de l'activité normale), il n'en est plus de même sur les décisions à prendre.

Pour un enfant bien portant chez lequel un examen fortuit a décelé un virage de la cuti-réaction, il peut paraître inutile de demander aux parents les sacrifices moraux et

matériels que représente le placement dans un établissement de cure. Bariéty (5) conseille pendant 6 mois une surveillance de la température, du poids, de l'image radioscopique par le médecin prêt à prendre les décisions nécessaires, pour éviter « ces mesures de séparation et d'éviction qui nuisent à l'avenir social et à l'éducation de l'enfant ».

Mais il semble que ce soient les conditions d'hygiène dans lesquelles vit l'enfant qui doivent emporter la décision : il faut envoyer en établissement de cure les enfants vivant dans un milieu ne pouvant leur assurer repos, aération, alimentation saine, surveillance médicale et protection contre les risques de contagion bacillaire ou infectieuse.

C'est dire que l'aérium seul, et non une banale institution de plein air leur convient parfaitement.

Mais ces primo-infectés latents, pourquoi ne pas les confondre aux primo-infectés qui font la clientèle du préventorium ? Et pourquoi les mêler dans l'aérium à des convalescents et à des débilités ?

Le préventorium est adapté à soigner des malades dont l'atteinte est assez prononcée et à qui sont imposées cure stricte, repos complet, surveillance médicale rigoureuse. Ces conditions de vie ne sont pas indispensables aux enfants dont le virage des réactions à la tuberculine s'est fait sans aucun bruit; l'activité modérée de l'aérium est suffisante pour assurer la consolidation de leur résistance à l'infection tuberculeuse.

Il est cependant un autre argument qui milite en faveur de cette discrimination. C'est la crainte d'une contamination bacillaire à partir de lésions tuberculeuses légères, telles qu'en possèdent les malades d'un préventorium. La théorie classique a voulu pendant longtemps que la primo-infection ne soit jamais contagieuse. Or des recherches récentes ont montré qu'il n'en était rien : l'examen répété du liquide

de lavage gastrique au moyen de techniques particulières a décelé l'émission de bacilles de Koch chez le primo-infecté (ARMAND-DELILLE, BROCA, DEBRÉ, DREYFUS-SÉE, LESNÉ, SAENZ, etc...). Plus récemment encore les méthodes bronchoscopiques ont montré la fréquence relative des fistules ganglio-bronchiques lors de la primo-infection (FOURESTIER).

On doit donc se préoccuper de la contagiosité des primo-infectés et isoler ceux dont l'atteinte de l'état général ou la présence de lésions visibles à la radioscopie peut faire craindre un risque d'infection ou de surinfection.

Le danger, bien que pratiquement faible, existe (*). On a même craint le contact des simples primo-infectés « biologiques » pour les enfants non tuberculisés et proposé d'envoyer en préventorium toutes les cuti positives récentes, dans l'ignorance où l'on est de leur évolution ultérieure (KAPLAN, ORGEOLET) (22).

Il semble pourtant qu'une primo-infection ne s'objectivant par aucun signe clinique ni radiologique et soumise dans un aérium à une cure hygiéno-diététique évoluera avec toutes garanties de sécurité. Le médecin de l'aérium, attentif à sa surveillance, la dirigerait à la moindre alerte vers un préventorium.

Mais il est pratiquement difficile de faire passer un malade d'un établissement à un autre au moment opportun. Pour que les échanges utiles suivant la nature ou l'évolutivité des cas se fassent aisément, une formule heureuse consiste à coupler sous une même direction médicale et administrative le préventorium et l'aérium. Les conditions

---

* De telles possibilités, même si elles sont rares, doivent suffire à faire rejeter la réalisation d'un établissement selon la conception d'Anglade. Celui-ci, s'opposant aux hygiénistes modernes, élargit les indications du préventorium, en faisant « un centre complet de médecine préventive ». Il le destine, en sus des primo-infections, à des indications de médecine générale et même à des post-cures sanatoriales.

d'organisation doivent permettre de créer deux sections rigoureusement indépendantes, menant chacune une vie propre et entre lesquelles les enfants ne peuvent communiquer (*).

2° Les convalescents

Le décours d'une maladie est pour l'enfant une période de moindre résistance qui réclame quelques précautions; on a intérêt à rétablir l'état de santé antérieur le plus rapidement possible.

Après une affection banale d'ordre médical ou chirurgical, entraînant une courte et facile convalescence, il peut être utile d'envoyer l'enfant se reposer au grand air pendant quelques semaines dans de bonnes conditions d'hygiène ou d'alimentation. Un séjour dans une Maison d'enfants ou des vacances passées dans une colonie sanitaire temporaire répondent parfaitement à cette nécessité.

Au contraire, il est des convalescences qui se prolongent, qui traînent, qui débilitent longtemps l'organisme de l'enfant ou entravent son développement; le meilleur exemple en est fourni par les maladies anergisantes qui sont parfois suivies d'une primo-infection sévère ou de l'activation d'une lésion tuberculeuse latente. La convalescence de ces maladies doit donc être entourée de précautions particulières, surveillance médicale attentive avec examens radioscopiques répétés, mise à l'écart des sources de contagion, discipline de cure modérant l'activité physique, etc... Un placement en aérium qui oriente son organisation vers la prophylaxie de la tuberculose s'impose donc naturellement.

---

* Un tel organisme est prévu par l'article 33 du Décret du 24 mai 1948 relatif à la création, l'aménagement, le fonctionnement et la surveillance des préventoriums. Réalisations rares en France (Exemple : l'établissement de plaine de Pouancé dans le Maine-et-Loire à 110 mètres d'altitude).

Outre les convalescents de rougeole, de coqueluche, de grippe, toutes maladies qui peuvent laisser des séquelles respiratoires, l'aérium peut recevoir aussi les enfants venant de subir une amygdalectomie et surtout une adénoïdectomie : leur fonction respiratoire, longtemps insuffisante, nécessite pour être rééduquée une cure d'aération suffisamment longue aidée de gymnastique respiratoire.

On pourra ainsi, s'aidant de ces principes, trier dans le groupe nombreux des enfants convalescents ceux qui relèvent d'une cure en aérium.

3° Les enfants a état général déficient

Les états de déficience physique de l'enfant sont souvent trop complexes pour qu'on puisse les définir au cours d'un exposé rapide. Sous cette rubrique des diverses débilités infantiles susceptibles de justifier un placement en institution de plein air nous allons simplement essayer de classer les enfants déficients en quelques groupes distincts qui posent des indications de placement très différentes.

Il est bien entendu que sont éliminées de cette classification, d'une part, les déficiences tenant à une convalescence d'affection aiguë et, d'autre part, celles tenant à une infection tuberculeuse.

a) Les enfants dont l'état général est suffisamment altéré pour qu'il s'avère nécessaire de le rétablir par la discipline d'une cure de plein air sous une surveillance médicale attentive. On peut rattacher à ce groupe les respiratoires dont les accidents récidivants ou la chronicité retentissent sur l'état général de l'enfant (par exemple les bronchitiques chroniques, les bronchectasiques), les polyganglionnaires, les rachitiques, les déficients par état constitutionnel (lymphatisme, neuro-arthritisme, hérédo-syphilis, insuffisance endocrinienne), etc., etc....

Mais il est évident que n'ont nulle raison d'être placés en préventorium ces enfants pour qui une banale déficience, sans rapport avec une infection tuberculeuse, indique la nécessité d'une cure de plein air. Nous avons vu quelle était la spécialisation du préventorium et l'esprit qui présidait à sa cure; les types morbides d'enfants que nous venons d'énumérer n'y ont aucunement leur place. C'est l'aérium qui réclame leur clientèle, que leur cuti-réaction soit négative ou positive (*).

En favorisant chez ces enfants fragiles un retour à la santé, la cure en aérium permettra ultérieurement à la tuberculisation de s'effectuer dans de bonnes conditions s'ils sont anergiques et, s'ils ne le sont plus, évitera le développement de la tuberculose sur un terrain sensibilisé.

b) Les enfants dont l'état général présente un léger fléchissement ou qui accusent un retard du développement statural et pondéral. Ce sont les petits anémiés, les dyspeptiques ou hépatiques habituels, les sous-alimentés, les chétifs, etc... dont la débilité physique est imputable souvent aux mauvaises conditions d'hygiène et d'alimentation

---

* Une remarque s'impose ici : il ne faut pas, croyant à l'équation cuti positive égale placement en préventorium, confondre :

— d'une part les sujets dont le virage des réactions tuberculiniques vient de s'opérer, c'est-à-dire les sujets à cuti positive récente, donc atteints de primo-infection tuberculeuse susceptible d'être évolutive ou même parfois contagieuse;

— d'autre part, les sujets à cuti positive ancienne, dont la primo-infection est éteinte depuis longtemps, mais qui réclament une cure de plein air en raison d'une altération de l'état général sans que la tuberculose puisse en rien être incriminée et avec une image thoracique inchangée. Ces derniers peuvent être groupés avec des enfants encore anergiques et les mêmes règles de placement leur conviennent. Les premiers au contraire ne ressortissent que du préventorium.

du milieu familial sans pouvoir être rattachée à une cause pathologique précise.

L'altération de la santé de ces enfants n'est pas telle qu'on doive faire appel à un organisme de prophylaxie antituberculeuse comme l'aérium. Cependant quelques semaines passées hors de leur milieu habituel, avec une vie saine, le grand air, une bonne nourriture, un peu de repos, sous une surveillance médicale périodique, leur seront fort utiles. La Maison d'enfants pourra les recevoir. Mais plus souvent c'est pendant les vacances seulement que la famille acceptera la séparation : ils iront en colonie sanitaire temporaire dont ils sont l'indication majeure.

On peut assimiler à ce groupe, en matière de conduite à tenir, les enfants ayant fait antérieurement un séjour en préventorium ou en aérium et dont la guérison demande à être consolidée.

c) Il reste enfin les « inadaptés urbains » de MOURIQUAND, enfants carencés en lumière solaire, surmenés par la vie trépidante de la ville. Ce ne sont pas des malades, mais quelques semaines à la campagne pendant les beaux jours d'été leur permettraient de retrouver leur équilibre physique. C'est le but que se proposent les colonies de vacances.

L'école de plein air, qui soustrait l'enfant pendant toute la période scolaire à l'influence nocive des cités, représente évidemment la solution idéale.

4° LES ENFANTS A SÉPARER DU MILIEU FAMILIAL

La seule nécessité d'une séparation de la famille impose fréquemment l'obligation de placer l'enfant en dehors de son foyer. Mais une distinction importante s'impose d'emblée : il ne faut pas confondre le placement à caractère sanitaire et le placement à caractère social.

Le placement à caractère sanitaire ou médical est celui qui est nécessaire soit à l'enfant de santé défectueuse vivant habituellement dans des conditions mauvaises d'hygiène et d'alimentation, soit — et c'est le cas type — à l'enfant sain en danger de contamination tuberculeuse. Au contraire, le placement à caractère social intéresse l'enfant non malade que des raisons purement familiales ou sociales (famille nombreuse, parents indignes, misère, chômage, taudis, etc...) font placer hors de son domicile. Ce placement social ne peut s'effectuer dans un établissement recevant des enfants malades et à plus forte raison dans un organisme relevant de la lutte anti-tuberculeuse, qui ne peut à elle seule supporter toutes les charges de la protection de l'enfance.

D'ailleurs le problème est plus complexe qu'il n'apparaît à un premier examen : la discrimination entre ces deux catégories de placement, social et sanitaire, est dans bien des cas difficile. En effet c'est souvent la coexistence des motifs sociaux et des motifs sanitaires qui justifie le placement, alors que les uns ou les autres de ces motifs, envisagés séparément, ne suffiraient pas toujours. On comprendra l'importance pratique d'une telle distinction quand on saura que la Sécurité Sociale ne prend à sa charge que les placements d'ordre sanitaire.

Mais il est une éventualité qui justifie sans discussion le placement dans un établissement participant à la prophylaxie de la tuberculose : c'est la soustraction d'un enfant sain à un milieu bacillifère. La règle est formelle : tout enfant susceptible d'être contaminé par un parent tuberculeux doit être isolé et placé sans délai. La tuberculose se propage avant tout dans le milieu familial : sur 347 enfants tuberculeux hospitalisés à la clinique infantile de Lausanne, la contagion a été reconnue d'origine familiale dans 63,9 % des cas (JACOTTET et NICOD).

Les Pouvoirs Publics ont résolu cette question de l'isolement de l'enfant en danger de contamination tuberculeuse

en prévoyant deux modalités de placement dans l'organisation de la lutte contre la tuberculose : l'aérium et le placement familial surveillé.

Ce dernier présente des avantages : il entoure l'enfant d'une atmosphère familiale, d'un foyer, milieu social naturel favorable à son développement; mais il a des inconvénients : insuffisance de la surveillance médicale et du respect des règles de vie nécessaire à l'état de l'enfant. L'aérium a l'ambition de lutter contre la réceptivité héréditaire à la tuberculose et de soustraire l'enfant à toutes les causes favorisantes susceptibles de provoquer la défaillance du terrain ainsi prédisposé : il assure une vie régulière et calme, une nourriture saine, une petite cure de repos, d'excellentes conditions hygiéniques et surtout un examen médical périodique dirigé vers le dépistage et la prophylaxie d'une première atteinte tuberculeuse.

Or c'est cette prophylaxie que l'isolement de l'enfant entend réaliser, car la contamination familiale est cause d'une répétition des contacts infectants excessivement nocive et responsable des accidents les plus graves chez l'enfant ainsi contaminé.

III

Deux problèmes d'actualité

AERIUM ET VACCINATION PAR LE B. C. G.

Le premier Congrès International du B. C. G. tenu à Paris en juin 1948 a définitivement consacré la valeur prémunisante du vaccin de Calmette et Guérin. La vaccination antituberculeuse reconnue inoffensive vise à une prémunition qui n'est certes pas absolue et constante, mais qui se révèle fort efficace. Une loi adoptée sans débat le 8 avril 1949 la rend obligatoire pour certaines catégories de la population.

Vaccination et placement en aérium sont deux modalités assez voisines de la prophylaxie infantile de la tuberculose : l'une se propose la création d'un état humoral permettant de faire face à une contamination tuberculeuse ultérieure, l'autre vise à accroître la résistance organique de sujets exposés à la tuberculose par une déficience physique.

Il paraît donc logique d'associer ces deux modes de prévention pour qu'elles renforcent réciproquement leur action. Cette association est parfaitement possible; dans un certain nombre de cas elle s'avère même indispensable.

Le principe de la vaccination est de protéger des sujets non encore contaminés par le bacille de Koch; il nécessite donc :

— D'abord la certitude de cette non-contamination.

— Puis l'absence de tout risque de contagion pendant que s'élabore l'état d'allergie conféré par le vaccin.

La certitude de la non-contamination du sujet à vacciner est obtenue non seulement par un contrôle de son anergie au moyen des réactions à la tuberculine, mais encore, pour être certain qu'il n'est pas en période anté-allergique, par un isolement pré-vaccinal de deux mois.

La vaccination effectuée, il est nécessaire de ne pas exposer le sujet à une tuberculisation simultanée par le bacille atténué de Calmette et Guérin et par le bacille de Koch virulent : un isolement post-vaccinal s'impose donc pendant que s'élabore la prémunition conférée par le vaccin, c'est-à-dire pendant les deux ou trois mois qui suivent les scarifications.

Or, des conditions exceptionnellement favorables d'isolement et de surveillance médicale sont offertes par le séjour en aérium. Pourquoi ne pas en profiter pour vacciner systématiquement tous les enfants anergiques qui y sont en placement ? (*).

De plus, une telle mesure permettrait « d'effectuer la vaccination dans des conditions de perfection technique et d'observation scientifique qui font qu'elle pourra servir de témoin et de répondant pour la diffusion de la vaccination collective » (Et. BERNARD). Car ces exigences d'isolement pré et

---

* La vaccination dans les mêmes excellentes conditions est possible pour les enfants placés en colonie sanitaire temporaire. Elle a été appliquée pendant les vacances scolaires 1948 dans la colonie sanitaire de Sées (Orne), établissement appartenant à la Caisse Centrale de Sécurité Sociale de la Région parisienne; elle a donné d'excellents résultats puisque sur 90 enfants vaccinés, tous sont devenus allergiques sans aucun incident notable.

post-vaccinal, qui répondent aux desiderata des promoteurs de la méthode, rendraient pratiquement impossible, si elles étaient étendues à tous, la diffusion de la vaccination dans toute la population, « seul procédé capable d'obtenir tout le bénéfice de la prophylaxie vaccinale » (B. WEILL-HALLÉ (35).

Mais si on ne peut les réclamer pour tous les enfants indistinctement, elles sont absolument nécessaires pour les enfants émanant de milieux infectés et suspects et appelés à y retourner. Or ce sont ces mêmes enfants, issus de familles tuberculeuses, qui doivent retirer le plus de bienfaits du B. C. G. et qui doivent être séparés du milieu familial par un placement en aérium. Pourquoi alors ne pas rechercher un rendement maximum de ce placement et ne pas compléter la cure de repos, d'aération et de diététique par la vaccination de tous les enfants anergiques ?

Cette association B. C. G.-aérium, si elle ne limite pas la durée du séjour de l'enfant loin de sa famille, rendrait possible en toute quiétude — moyennant les revaccinations nécessaires — le renvoi d'un enfant dans un foyer où la tuberculose a déjà éclos et où peut revenir un ancien tuberculeux déclaré guéri mais susceptible de redevenir contagieux.

Le placement en aérium est donc le complément indispensable de la vaccination des enfants issus d'un foyer tuberculeux.

Une dernière remarque s'impose encore. La pratique du B. C. G. en aérium permettrait de réfuter l'objection suivante : par une soustraction systématique à tous les contacts, l'aérium retarde la primo-infection des anergiques d'âge scolaire jusqu'à l'adolescence, moment où elle devient plus grave. La vaccination permet en effet de faire sans dommage, c'est-à-dire sans manifestation locale ou générale importante, la primo-infection naturelle au bacille

tuberculeux et « d'en garder les avantages contre les nouvelles offensives de la contagion tuberculeuse » (COURCOUX).

AERIUM ET SECURITE SOCIALE

Au terme de cet exposé il convient d'envisager le problème de l'aérium en fonction de la Sécurité Sociale, cet effort collectif de solidarité humaine avec son double aspect de prévention et de couverture des risques.

La participation de la Sécurité Sociale aux frais de séjour des enfants en aérium résulte d'une interprétation libérale des textes régissant l'assurance-maladie. Mais chaque fois qu'il s'agit de la santé des enfants, les dispositions règlementaires sont libéralement interprétées, conformément d'ailleurs à l'esprit de l'Ordonnance du 19 octobre 1945; comme les placements en établissements de soins, la Sécurité Sociale prend en charge les placements en établissements de prévention : préventorium, aérium, maison d'enfants et colonie sanitaire temporaire (*).

Le mécanisme de la prise en charge est simple : il est basé sur le principe de l'entente préalable et s'effectue au titre du régime général de l'assurance-maladie ou du régime de l'assurance de longue-maladie.

La proposition de placement doit être faite soit pour un aérium public agréé par le Ministère de la Santé Publique, soit pour un aérium privé agréé par la Commission Régionale d'Agrément (**). Le Décret du 1er septembre

---

* Le paiement des frais de séjour en colonie de vacances est laissé à l'initiative des Caisses d'allocations familiales à titre de prestations facultatives.

** Cette Commission, prévue par l'article 17 de l'Ordonnance du 19 octobre 1945 fixant le régime des Assurances Sociales applicable aux assurés des professions non agricoles, est constituée de représentants du Ministère de la Santé, du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, des Caisses de Sécurité Sociale et du Corps médical.

1948 pris après le Décret du 24 mai et l'Arrêté du 25 mai 1948, fixe les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux et la Circulaire Ministérielle du 8 septembre de la même année fait connaître dans son annexe VII les conditions techniques d'agrément des aériums privés (cf. Annexe).

Les placements d'enfants sont pour les Caisses de Sécurité Sociale un problème d'une importance extrême, tant au point de vue médical et social qu'au point de vue financier. Les placements en aérium ne sont pas les moins négligeables comme en témoignent les statistiques : par exemple, pendant la période d'une année s'étendant du 1er avril 1947 au 31 mars 1948, la Caisse Primaire Centrale de Paris a pris en charge 23.292 placements d'enfants de 0 à 18 ans; parmi eux on comptait 12.404 placements en aérium. Le prix de journée moyen étant de 500 francs et la durée moyenne de séjour de 6 mois, on peut calculer que pour la seule Caisse de Paris, les placements d'enfants ont représenté en un an une dépense approximative de deux milliards, dont un peu plus d'un milliard pour les seuls aériums.

Ces chiffres très élevés posent pour les Caisses le problème d'un contrôle efficace qui doit être en mesure de veiller à l'utilisation la plus rationnelle des prestations. Certains aériums, dans un but plus commercial que sanitaire, accumulent les journées payées pour le plus grand nombre possible de pensionnaires, au lieu d'obtenir dans un délai court le rétablissement complet des malades. Tout médecin-conseil de la Sécurité Sociale a le droit d'effectuer librement le contrôle médical des assurés sociaux dans un aérium et de se présenter inopinément pour exercer sa mission. De plus, des représentants des organismes de Sécurité Sociale doivent faire obligatoirement partie de la Commission de Surveillance des aériums publics et du Conseil d'Administration des aériums assimilés.

Mais en plus de la participation aux frais de séjour sur le compte des risques, les Caisses de Sécurité Sociale ont également le devoir, sur le compte d'action sanitaire et sociale, de créer des aériums, de leur accorder des subventions de premier établissement ou de les aider à se développer et à améliorer leur situation (*). Car les possibilités financières des Caisses permettent un gros effort dans l'élaboration d'une politique sanitaire et sociale constructive : l'appoint de la Sécurité Sociale s'avère indispensable à l'amélioration de l'équipement sanitaire du pays.

Cette participation ne se fait pas d'une manière anarchique; elle entre dans le cadre du plan général d'équipement sanitaire dressé par le Ministre de la Santé Publique : la lutte anti-tuberculeuse en est un des objectifs principaux. Dans le domaine de la prophylaxie de la tuberculose, le programme d'urgence demandé aux Caisses de Sécurité Sociale par la Commission d'action sanitaire et sociale de la F. N. O. S. S. comprend, outre la diffusion massive de la vaccination par le B. C. G. et l'intensification et le perfectionnement du dépistage, « la création d'établissements de prévention en nombre suffisant où sera assuré au maximum la défense biologique du terrain ». C'est la définition même de l'aérium. Précisant le point d'application des efforts le Docteur CUVIER s'exprime ainsi : « Le dynamisme et les possibilités de la Sécurité Sociale doivent servir pour amener une révision des données ayant fait leur temps et pour adopter une orientation nouvelle, basée particulièrement sur l'essor actuel de la biologie ».

Le concours actif de la Sécurité Sociale est donc acquis aux Pouvoirs Publics pour la réalisation d'un programme

---

* L'action sanitaire et sociale des Caisses de Sécurité Sociale est règlementée par le titre IV du Décret du 8 juin 1946 portant règlement d'administration publique pour l'application de l'Ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité Sociale.

moderne de lutte anti-tuberculeuse. Les nombreux textes législatifs publiés sous le double timbre du Ministère de la Santé Publique et de la Population et du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale témoignent du souci commun qu'ont ces deux autorités d'accorder leur action afin d'obtenir un meilleur rendement de l'armement anti-tuberculeux et de placer notre pays au premier rang du progrès social.

CHAPITRE III

Les réalisations

Ce troisième chapitre sera consacré aux réalisations régionales et à la politique de l'aérium en France.

Bien que l'élaboration de ce travail ait nécessité une étude analytique et complète des divers établissements de la région de Toulouse, il était plus intéressant de limiter les développements faciles de technique quotidienne et de ne retenir que les résultats d'une étude comparée mettant en évidence les éléments caractéristiques de chaque établissement : vie familiale, méthodes d'éducation, thermalisme, richesses alimentaires, etc...

I

Les Aériums de la Région de Toulouse

L'Aérium du Pech-Blanc à Lamothe-Capdeville (Tarn-et-Garonne)

Ce bel établissement de la Croix-Rouge se dresse au flanc d'une des collines du Bas-Quercy, au milieu d'un parc et d'un domaine de 7 hectares, à 207 m. d'altitude. 7 kilomètres seulement le séparent de Montauban. Orienté vers le midi, abrité des vents du nord, il domine les pittoresques méandres de l'Aveyron et les riants villages d'Ardus et de Loubéjac.

C'est en 1935 qu'il a été construit pour recevoir 50 fillettes de 3 à 14 ans.

L'exposition et les larges ouvertures permettent un ensoleillement maximum : tout est lumière, clarté, propreté méticuleuse, gaîté; dans une atmosphère familiale la joie de vivre éclate sur les visages rieurs des fillettes habillées du même tablier rose.

Satisfaisant à toutes les exigences techniques de la Santé et de la Sécurité Sociale dans le détail desquelles il n'est pas utile d'entrer, l'aérium a reçu l'agrément définitif de la Commission Régionale.

Grâce à M. le Dr DE MAULDE, le distingué médecin de l'établissement, et à une directrice éclairée, Mlle RASSIER, qui réussit à fournir à chaque enfant un trousseau complet malgré la modicité du prix de journée, les résultats obtenus sont extrêmement brillants; ils ont été particulièrement appréciés au cours de récentes visites par les représentants de la Caisse Centrale Parisienne et de la Sécurité Sociale du Tarn-et-Garonne.

L'Aérium du Briol à Viane (Tarn)

C'est un établissement public départemental de 100 lits pour garçons et filles de 7 à 14 ans. Aérium de moyenne altitude (650 m.), il est situé dans les Monts de Lacaune, entre Viane et Roquecézière.

Un grand soin y est apporté à l'activité intellectuelle et à la formation éducative des enfants : l'enseignement primaire est dispensé en 3 classes mixtes par 3 maîtres de l'Enseignement public en fonction dans l'établissement. Malgré un horaire scolaire réduit, et tout en suivant leur cure, 3 enfants furent reçus au certificat d'études primaires en 1947, 4 en 1948.

Les classes ont de nombreuses activités de plein air, dirigées par des monitrices d'encadrement. Les enfants sont divisés en équipes, dont le chef est choisi et élu par les équipiers. L'étude du milieu, « le livre de la nature », ouvre à l'enfant des horizons nouveaux et enrichit ses connaissances diverses. Le Briol possède un abri de l'O. N. M. où les observations météorologiques sont faites chaque jour avec l'aide des enfants; ceux-ci sont initiés à des travaux manuels : ils tissent, modèlent la glaise, travaillent le bois; ils rédigent, illustrent et impriment un bulletin mensuel, fidèle et attrayant reflet de la vie de l'établissement. Plusieurs séances de cinéma sont faites chaque semaine et

chaque film est projeté deux fois afin de permettre les commentaires éducatifs entre les deux séances.

L'amélioration physique est recherchée aussi et obtient des résultats brillants : 31 écoliers reçus au brevet sportif populaire en 1947, 16 en 1948. Ces résultats sportifs sont obtenus avec des enfants dont le niveau physique est, à l'arrivée à l'aérium, inférieur à la moyenne, et dont l'entraînement est fait de façon modérée mais régulière, avec surveillance médicale, repos et nourriture abondante. Après 6 mois de cure au Briol, de nombreux enfants reprennent donc une vitalité correspondante au niveau de leur âge.

De plus, il est à signaler que depuis le mois de décembre 1948, un service de vaccination anti-tuberculeuse au B. C. G. — S. fonctionne au Briol, sous la direction du médecin phtisiologue des Services Publics du Tarn.

L'Aérium St-Michel à Lacaune-les-Bains (Tarn)

La note caractéristique de cet établissement agréé par la Commission Régionale de Toulouse lui est conférée par sa création en 1918 à partir de l'ancien établissement thermal adapté et modernisé conformément aux règlements en vigueur. Destiné aux garçonnets de 6 à 14 ans, il fonctionne sous la surveillance médicale permanente de M. le Docteur H. Viguier et la direction administrative compétente et dévouée de M. de Sevin.

Cet aérium de moyenne altitude (850 m.) jouit du climat de montagne des Basses-Cévennes avec influence méditerranéenne. La source thermale, aux eaux bicarbonatées sodiques et arsénicales, est la propriété exclusive de l'établissement : elle est utilisée sous forme de bains (10 salles de bains), de douches (20 postes en cabines individuelles) et de pédiluve. Lacaune-les-Bains a été classée comme station climatique et thermale en février 1913 et réalise une

station d'enfants par excellence du type de La Bourboule.

L'aérium, dont la capacité est de 200 lits, est entouré d'une propriété de 18 hectares avec potager, ferme, parc et sapinière; il possède une école à deux classes dirigées par des maîtres de l'Enseignement public assurant la préparation et la présentation au certificat d'études, une troupe officielle de Scouts une bibliothèque et un cinéma.

L'Aérium St-Joseph à Lacaune-les-Bains (Tarn)

Cet établissement agréé de moyenne altitude (950 m.) possède 70 lits pour garçonnets de 3 à 6 ans et pour fillettes de 3 à 14 ans.

La question de l'alimentation mérite d'y être soulignée : elle a pu être portée à la perfection, car cet aérium possède une exploitation agricole de 35 hectares sous la direction d'un maître-valet. Le cheptel vif se compose de huit vaches laitières, deux bœufs, dix porcs, cent têtes de volailles. Les produits de la ferme permettent donc d'assurer dans les meilleures conditions d'abondance et de fraîcheur une grande partie du ravitaillement de l'établissement en pommes de terre, lait, légumes, blé, porcs, œufs, volailles, etc... Les menus sont établis à l'avance par une commission composée du directeur, du médecin, le Docteur J. Bonnet, et de l'économe.

L'Aérium de Tournay à Tournay (Htes-Pyrénées)

Cet établissement a été agréé à titre définitif par la Commission Régionale d'Agrément de Toulouse. Il reçoit des garçonnets de 4 à 12 ans; sa capacité est de 40 lits.

L'Aérium de Lascazères à Lascazères (Htes-Pyrénées)

Il est réservé aux ressortissants du Ministère des Forces Armées, sauf 10 places mises à la disposition des dispensaires d'hygiène sociale et des services d'assistance médicale gratuite du département des Hautes-Pyrénées. Il peut recevoir 80 garçons et fillettes de 6 à 12 ans.

L'Aérium Guilhem à Venerque (Haute-Garonne)

Bâti sur un coteau dominant la vallée de l'Ariège, il appartient à la ville de Toulouse. Il peut recevoir 60 garçonnets de 4 à 12 ans.

L'agrément provisoire deviendra définitif dès l'achèvement des travaux d'adduction d'eau actuellement en cours.

Situé à 250 m. d'altitude, il jouit d'un climat tempéré de plaine et est entouré par une propriété de 50 hectares.

L'enseignement est donné par une institutrice détachée par l'Inspection Académique.

La Maison de l'Enfance de Dabeaux près d'Aurignac (Haute-Garonne)

Elle appartient à l'Œuvre des Pupilles de l'Ecole Publique de la Haute-Garonne et fonctionne comme école de plein air depuis 1935. Après l'avis très favorable émis par le Conseil Départemental d'Hygiène, les Services du Ministère de la Santé Publique l'agréeront vraisemblablement comme aérium en application de l'Article 35 de l'Arrêté du 25 mai 1948.

Bénéficiant d'une situation privilégiée sur un plateau en-

soleillé et protégé des vents, la Maison se dresse à 450 m. d'altitude, face à la Chaîne des Pyrénées, dans un vaste domaine de 100 hectares.

L'Ecole de plein air est soumise au même régime administratif, aux mêmes programmes d'enseignement, au même contrôle des inspecteurs que les autres écoles du département. Les élèves répartis en cinq classes ne reçoivent cependant que quatre heures d'enseignement par jour. Le matériel scolaire aisément transportable permet de faire la classe en plein air.

Un autre élément caractéristique sur lequel il convient d'insister est le bloc sanitaire bâti depuis un an et qui est un des plus modernes de France.

Grâce aux qualités de son directeur, M. DENGUIRARD, les résultats obtenus sont particulièrement brillants et Dabeaux peut être assuré de se maintenir à l'avant-garde du progrès.

II

La politique de l'Aérium en France

Après cette revue, volontairement rapide, des réalisations de la région de Toulouse, il convient de dresser un bilan des aériums en France et de discuter ce qu'il faut penser de leur pléthore apparente.

Dans sa séance du 11 octobre 1948, la Commission de la Tuberculose du Conseil Permanent d'Hygiène Sociale a évalué le nombre des aériums à 210 avec une capacité globale de 14.292 lits, pour 168 préventoriums totalisant 18.950 lits.

Cet effort en matière de prophylaxie infantile de la tuberculose est important; les besoins ne le sont pas moins. Il suffit de considérer la situation sanitaire de la région parisienne tant en raison de son importance démographique que de l'ensemble des mauvaises conditions sociales qui y sont réunies. Un des meilleurs critères est d'ailleurs fourni par les placements d'enfants effectués par la Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale de Paris : en un an 12.404 placements en aérium, pour 8.176 placements en préventoriums, 1.108 placements en sanatoriums et 1.604 placements en établissements spéciaux.

Il existe pourtant dans les aériums un nombre de lits vacants qui est loin d'être négligeable. En se référant à l'état des lits vacants dans les sanatoriums, préventoriums et aériums publié bi-mensuellement par le Bureau Central de Documentation du Comité National de Défense contre la Tuberculose et en faisant porter l'étude sur une année, il est facile d'établir que le chiffre moyen des lits vacants en 1948 a atteint 1.346, soit environ 10 % de la capacité globale. Les mêmes calculs effectués pour les préventoriums montrent un coefficient d'inutilisation deux fois moins important, s'établissant aux alentours de 5 %. Faut-il donc en conclure que la capacité des aériums est actuellement devenue supérieure aux besoins ?

Il semble plutôt que les aériums sont mal utilisés et insuffisamment utilisés. Combien d'enfants échappent encore au dépistage ? Combien de parents méconnaissant leur devoir et dans l'impossibilité sociale de réaliser la prophylaxie de la tuberculose dans le milieu familial, s'opposent à une séparation qui s'avèrerait cependant indispensable ? Mais le facteur le plus important réside dans des erreurs d'indication de placement. Les dispositions légales sont extrêmement précises. Mais elles sont encore souvent mal connues de ceux qui ont la charge de les appliquer; les catégories d'enfants à admettre dans les différents types d'établissements sont loin d'être toujours respectées, de nombreux enfants justiciables de l'aérium sont placés ailleurs. La pratique montre que ce n'est pas seulement l'ignorance des textes et des indications qui intervient, mais souvent des considérations banales, des convenances personnelles, au demeurant peu compatibles avec les nécessités d'une technique objective.

Il suffit de rappeler cette source d'erreurs et d'abus pour évoquer dans l'esprit de tout hygiéniste, de tout médecin ayant la responsabilité d'un service médico-social, les nombreux cas personnels qu'ils ont rencontrés.

Une statistique de MERCIER DES ROCHETTES démontre que sur 1.000 enfants adressés au préventorium d'Arbonne, 349, soit 34,8 %, ont une réaction tuberculinique négative; ainsi dans cet important établissement de 400 lits, plus du tiers des placements est entâché d'une lourde erreur. MURE (27) écrit en juillet 1948 : « Nombre de malades pour qui la cure préventoriale est formellement indiquée ne peuvent trouver de place, pour la seule raison que celles-ci sont trop souvent encore occupées par des malades légers dont la place est indiscutablement en maison de régime plus large ». Dans leurs publications, SÉNÈQUE (33) et KAPLAN (21) soulignent eux aussi ces errements. ROUÈCHE (31) dans un article d'avril 1949, signale également qu' « il y a trop d'exemples dans certains établissements de mélanges d'enfants justiciables de l'aérium et du préventorium ». Les médecins-conseils de la Sécurité Sociale ont très souvent l'occasion de constater que des enfants non allergiques sont placés en préventorium, alors qu'ils relèvent sans conteste d'un placement en aérium. Il semble donc qu'une meilleure répartition permettrait une utilisation satisfaisante de toutes les possibilités offertes par les nombreux lits d'aérium.

Mais, à un autre point de vue, cette pléthore a une conséquence heureuse : c'est l'amélioration qualitative des établissements en permettant une plus grande rigueur dans l'examen des demandes d'agrément.

Elle permet aussi de demander un effort en vue de la création d'aériums pour grands adolescents : les établissements destinés aux enfants de plus de 14 ans sont en effet fort rares. Car l'installation est plus onéreuse et plus difficile à réaliser; il faut adapter à ces grands le matériel, l'encadrement, l'alimentation, etc... Mais l'effort à accomplir dans ce sens s'avère indispensable : au regard de l'évolution générale de la tuberculose l'adolescence est un moment critique, le début de la période phtisiogène. Un repos prophylactique est alors particulièrement justifié en présence

de toute déficience de l'organisme. Il paraît donc nécessaire de multiplier les rares aériums réservés à cette catégorie de grands enfants. Le même souhait pourrait d'ailleurs être formulé pour les préventoriums d'adolescents.

Est-il également besoin de souligner le rôle important que sont appelés à jouer les aériums au moment où le législateur n'hésite pas à rendre obligatoire pour d'importantes couches de la population, la vaccination au B. C. G. ?

Les besoins de notre pays en aériums ne sont donc pas prêts d'être limités. L'enfance exposée en retire déjà les plus grands bienfaits; demain elle en bénéficiera encore davantage et on ne peut que se réjouir de la floraison de leurs claires façades dans les belles campagnes de France.

Conclusions

I. — L'aérium est un établissement de plein air destiné à traiter certaines déficiences infantiles dans un but de prophylaxie précoce de la tuberculose. Il reçoit :

— Les primo-infectés présentant un simple virage de la cuti-réaction.

— Les convalescents de maladie anergisante.

— Les enfants à l'état général altéré pour des raisons sans rapport avec une infection tuberculeuse.

— Les enfants en danger de contamination tuberculeuse dans leur milieu familial.

Il ne doit pas être confondu avec le préventorium, qui traite le premier stade de la tuberculose, c'est-à-dire la primo-infection et ses suites cliniques et radiologiques.

II. — La cure en aérium, qui dure un minimum de trois à six mois, renforce la résistance des enfants par une aération intense, un régime de repos et de loisirs judicieusement équilibré, une diététique appropriée, l'application rigoureuse des préceptes d'hygiène, mais sans porter entrave à leur éducation.

Un médecin, à l'influence prépondérante dans l'établisse-

ment, surveille attentivement l'état sanitaire des enfants et pratique des radioscopies pulmonaires périodiques.

III. — La cure en aérium est, dans un très grand nombre de cas, une impérieuse nécessité médicale et sociale pour les enfants des classes pauvres vivant dans des conditions déplorables d'hygiène et de sous-alimentation et fréquemment soumis à la contagion bacillaire dans le milieu familial.

Systématiquement associée à la vaccination par le B. C. G. elle représente, dans l'état actuel de nos connaissances, la meilleure prévention de l'enfance menacée de tuberculose.

Vu : *Le Président de la thèse :*

ANDRIEU.

Vu : *Le Doyen :*

LEFEBVRE.

Vu et permis d'imprimer.

Toulouse, le 7 Juin 1949.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université:

P. DOTTIN.

Annexe

Décret du 24 mai 1948 relatif à la création, l'aménagement, le fonctionnement et la surveillance des aériums (J. O. du 26 mai 1948, page 5050).

. . . . . .

ARTICLE PREMIER. — Les aériums publics, les aériums assimilés aux aériums publics et les aériums privés, tels qu'ils sont définis par les articles 14 et 18 de l'ordonnance du 31 octobre 1945, doivent répondre aux conditions de création, d'aménagement, de fonctionnement et de surveillance imposées aux préventoriums par décret du 24 mai 1948 sous réserve des dispositions spéciales fixées dans les articles ci-après.

Les catégories de malades justiciables de la cure en aérium sont celles qui ont été fixées à l'article 14 de l'ordonnance du 31 octobre 1945.

ART. 2. — Au cours du premier mois de cure, le médecin de l'établissement décidera s'il y a lieu de maintenir le malade en aérium.

La durée du séjour peut être fixée de trois à six mois. Toute prolongation du séjour doit être accordée par la collectivité qui paye les frais de séjour sur proposition du médecin qui doit accompagner celle-ci d'un rapport explicatif. La prolongation se fera par tranches de trois mois au maximum.

ART. 3. — Les aériums de moins de cent lits peuvent ne pas posséder de postes radiologiques. Dans ce cas, l'établissement doit pouvoir recourir à une installatoin radiologique assez proche pour que l'on puisse pratiquer facilement l'examen périodique des enfants.

ART. 4. — Les conditions de recrutement des médecins d'aériums, ainsi que le statut des médecins d'aériums publics, sont fixées dans le décret pris en application du paragraphe 3 de l'article 33 de l'ordonnance du 31 octobre 1945.

ART. 5. — . . . . . .

*
**

Arrêté du 25 mai 1948 fixant les conditions d'installation et de fonctionnement des aériums. (J. O. du 26 mai 1948, page 5054).

Le Ministre de la Santé publique et de la Population,

Vu l'ordonnance du 21 octobre 1945 relative à l'organisation et au fonctionnement de la lutte contre la tuberculose;

Vu le décret du 24 mai 1948 relatif à la création, l'aménagement, le fonctionnement et la surveillance des aériums;

Vu l'avis du conseil permanent d'hygiène sociale (commission de la tuberculose);

Vu le décret du 5 août 1947 portant règlement d'administration publique pour l'application de l'article 90 de la loi du 19 octobre 1946 portant statut général des fonctionnaires en ce qui concerne l'organisation des comités médicaux, l'admission aux emplois publics, et l'octroi des congés de maladie et de longue durée,

Arrête :

I. — *Dispositions générales.*

ARTICLE PREMIER. — . . . . . .

ART. 2. — Suivant leur destination, les aériums sont organisés pour recevoir :

Des enfants du premier âge jusqu'à trois ans inclus;

Des enfants de quatre et cinq ans;

Des enfants d'âge scolaire de six à treize ans;

Des adolescents de treize à dix-sept ans.

Les aériums qui reçoivent plusieurs catégories de sujets doivent établir une section séparée par catégorie.

Dans les aériums mixtes, les enfants de chaque sexe doivent avoir des dortoirs différents à partir de l'âge de six ans; à partir de treize ans, des locaux complètement séparés soivent être réservés à chaque sexe.

Le nombre des pensionnaires pour chaque catégorie sera de :

Cent à cent vingt au maximum pour les enfants du premier âge et les enfants ayant moins de six ans;

Deux cents au maximum pour les enfants d'âge scolaire;
Cent vint pour les adolescents.

ART. 3. — Tout aérium doit être situé à la campagne hors des agglomérations humaines très denses, et à distance des routes très fréquentées.

Il doit être édifié sur un sol sec et perméable, être largement ensoleillé, protégé des vents dominants, convenablement orienté et entouré d'un jardin ou d'un parc, ou du moins avoir à sa disposition des espaces libres — de préférence ombragés — d'une superficie d'au moins un hectare pour cinquante lits.

Des pavillons aménagés pour cinquante ou quatre-vingt sujets, surtout pour les petits, sont préférables aux grands bâtiments hébergeant ensemble cent cinquante à deux cents sujets.

Les aériums doivent être ouverts toute l'année.

ART. 4. — Les locaux doivent comporter partout un sol imperméable ou revêtu d'une substance permettant le lavage fréquent. Les murs et les cloisons sont enduits d'une peinture lavable, claire de préférence. Le papier est exclu, à moins qu'il ne soit aussi lavable que la peinture elle-même.

Les fenêtres doivent être dépourvues de doubles rideaux et le sol de tout tapis de tissu qui ne soit facilement lavable.

ART. 5. — Les enfants peuvent être logés en dortoirs ou en chambres particulières.

L'orientation et les dispositions des dortoirs et des chambres doivent permettre d'assurer aux enfants une insolation suffisante. L'orientation la meilleure pour les bâtiments d'habitation est le Sud - Sud-Est.

Les dortoirs doivent comprendre un maximum de vingt lits. Ils ont une hauteur minima de 3 m. et une surface d'au moins 5 mètres carrés par lit (4 mètres carrés pour les enfants de moins de huit ans). En aucun cas, l'écart entre les lits ne doit être inférieur à 0 m. 80.

Les lits de 70 à 80 cm. de largeur doivent être métalliques avec matelas de varech et de crin végétal, et munis d'une literie complète en bon état. Il est préférable d'avoir des chambres de six lits en moyenne pour les adolescents et les jeunes adultes.

Chaque chambre et chaque dortoir doivent comporter visiblement l'indication du nombre maximum d'enfants qui peuvent y être admis.

Le mobilier des dortoirs doit être simple et d'un entretien facile.

Des vestiaires fermés et individuels sont installés à l'entrée ou à proximité des dortoirs. A chaque enfant est réservé un

porte serviette et un casier où il dispose son linge et ses ustensiles de toilette personnels.

Une chambre de surveillance doit être aménagée au voisinage immédiat des dortoirs avec des guichets bien conditionnés pour l'observation facile des lits.

Pour les nourrissons, des salles de change chauffées, avec baignoires, doivent être prévues.

ART. 6. — L'aération doit être permanente et conçue de manière à fonctionner en toute saison sans occasionner de gêne aux enfants.

Le chauffage central est exigé dans tout aérium pour enfants.

L'éclairage électrique est obligatoire. Les dortoirs doivent être éclairés la nuit par éclairage en veilleuse, hors de la portée des enfants.

Art. 7. — Tout aérium doit comporter une galerie de cure ou un préau où les enfants doivent pouvoir faire la cure de silence après les repas. Cette galerie doit être aménagée en bonne place et être de dimensions suffisantes pour abriter un nombre de chaises-longues ou de lits correspondant à l'effectif de l'établissement.

ART. 8. — L'eau doit être potable et en quantité suffisante (250 litres par lit et par jour). Elle doit être régulièrement contrôlée bactériologiquement si l'établissement ne s'approvisionne pas à une canalisation publique surveillée.

Si les analyses bactériologiques ou les enquêtes sanitaires révèlent la moindre cause de pollution, un moyen d'épuration doit être adopté sur les conseils et sous le contrôle de l'inspecteur départemental de la santé.

Des lavabos à eau courante et en quantité suffisante doivent être installés à proximité des chambres, des dortoirs et des réfectoires.

Chaque établissement doit posséder une baignoire pour vingt-cinq enfants et au minimum un poste de douches pour dix enfants.

ART. 9. — Les services de cuisine et d'alimentation doivent être proportionnés à la capacité d'hospitalisation.

Le sol et les murs des locaux affectés à ces services doivent être facilement lavables. Lorsque la pullulation des mouches est à craindre, leurs ouvertures seront grillagées.

Toutes dispositions doivent être prises pour que les aliments soient placés à l'abri des souillures et que les repas soient servis chauds.

Dans les aériums ou sections d'aériums réservées aux petits,

il faut une biberonnerie et une cuisine de régime avec le personnel spécialisé.

Des réfectoires bien aérés, et pouvant être chauffés, doivent être placés à proximité des cuisines. Autant que possible, le nombre des enfants ne doit pas excéder le chiffre de dix par table.

Des lavabos et des casiers pour les serviettes doivent être placés à l'entrée des réfectoires.

La comptabilité des denrées doit être tenue de façon à permettre leur contrôle quantitatif à tout moment.

Les menus doivent être affichés.

ART. 10. — Les reste alimentaires et les déchets ménagers non utilisés pour la nourriture des animaux doivent être collectés dans des récipients hermétiquement fermés et détruits quotidiennement dans un four spécial installé loin des bâtiments.

ART. 11. — L'évacuation des eaux usées doit être assurée conformément aux règlements d'hygiène. Les cabinets d'aisance et les vidanges doivent être conduits à l'égout partout où celui-ci existe. Dans les localités qui en sont dépourvues, l'évacuation doit être assurée conformément aux règlements d'hygiène. Le système de cabinets à tinette mobile est interdit.

Les cabinets doivent être bien aérés, bien ventilés, bien éclairés et comporter une chasse d'eau, un siphon hydraulique et un poste d'eau.

Le nombre minimum de cabinets est de un pour dix enfants de plus de six ans (personnel non compris) et par étage d'hospitalisation. Ils doivent être répartis à proximité des dortoirs, des réfectoires et des lieux de réunion.

Pour les grands enfants, ils sont du type « à la turque »; pour les jeunes enfants au-dessous de six ans, le vase individuel portant le nom et le numéro de l'enfant doit être adopté.

ART. 12. — Dans les établissements importants, le linge, le matériel lavable seront lessivés autant que possible sur place, dans une buanderie pourvue de l'installation et des annexes nécessaires.

Les procédés employés doivent permettre une désinfection efficace.

ART. 13. — Contre le risque d'incendie, l'aérium doit pouvoir disposer :

a) De postes d'eau à l'intérieur et à l'extérieur;

b) D'extincteurs à chaque étage;

c) D'un appel rapide au poste d'incendie le plus proche.

La construction et l'aménagement des locaux doit permettre leur prompte évacuation en cas de sinistre.

ART. 14. — Tout aérium doit posséder le téléphone avec la ville ainsi que, en évidence et à proximité de l'appareil, les adresses et les numéros de téléphone dont on peut avoir besoin d'urgence.

II. — *Services techniques.*

ART. 15. — Chaque aérium doit posséder :

Un cabinet médical;

Tous les instruments de mensuration nécessaires (poids, taille, spirométrie, etc...);

Une installation de radiologie et de rayons ultra-violets;

Une salle de soins;

Un service dentaire;

Une réserve de pharmacie;

Le matériel nécessaire à la pratique des examens oto-rhino-laryngologiques courants.

Dans les aériums de moins de cent lits, le poste de radiologie peut ne pas être situé dans l'établissement, mais il doit alors se trouver à proximité suffisante de celui-ci pour permettre de pratiquer l'examen périodique des enfants.

ART. 16. — L'aérium doit comprendre un lazaret aménagé dans un pavillon spécial ou, si l'établissement est peu important, dans un local permettant d'isoler pendant une période minima de vingt-cinq jours les nouveaux arrivants en boxes individuels ou en chambres séparées.

Le nombre en sera au moins égal au dixième de l'effectif de l'établissement.

ART. 17. — Tout aérium doit avoir une infirmerie bien isolée des locaux habités. Cette infirmerie doit comprendre au moins 10 % du nombre total des lits, comporter en outre une ou plusieurs chambres d'isolement pour les enfants atteints ou suspects de maladie contagieuse, en attendant leur évacuation éventuelle.

Un registre de l'état sanitaire doit mentionner tous les accidents ou incidents survenus, ainsi que les hospitalisations effectuées.

ART. 18. — Le service dentaire organisé dans chaque aérium est confié à un médecin stomatologiste ou à un chirurgien dentiste, désigné par le médecin directeur ou le directeur administratif sur proposition du médecin.

ART. 19. — Chaque aérium doit disposer de l'installation et de l'appareillage nécessaires à la désinfection en profondeur de la literie et du matériel.

III. — *Personnel.*

ART. 20. — Le personnel d'un aérium comprend :

1° Le directeur (médecin directeur ou directeur administratif);

2° Le personnel des services médicaux, composé :

D'un médecin non résidant, dans le cas où la direction n'est pas assurée par un médecin ou dans le cas contraire, éventuellement, d'un ou plusieurs médecins adjoints;

D'une infirmière surveillante générale et d'infirmières;

D'une assistante sociale à temps partiel ou à plein temps;

3° Le personnel des services administratifs, composé :

D'un économe, dans le cas où l'établissemnet est dirigé par un médecin;

D'un secrétaire de direction, de secrétaires, sténodactylos et de commis d'économat;

4° Le personnel des services généraux, composé d'ouvriers et de servants;

5° Dans les aériums d'enfants et d'adolescents, selon l'âge des malades, d'un personnel de surveillance et d'enseignement, jardinières d'enfants, moniteurs, instituteurs et professeurs.

ART. 21. — Le personnel soignant comprend au minimum une infirmière (ou infirmier) par cinquante lits ou fraction de cinquante lits.

Les infirmières doivent être pourvues du diplôme d'Etat ou autorisées à exercer.

Toutefois, la proportion des infirmières diplômées d'Etat ne doit pas être inférieure au quart du personnel soignant.

ART. 22. — Le personnel de surveillance ne doit en aucun cas être inférieur à une unité pour vingt-cinq enfants.

ART. 23. — Le personnel de préventorium doit être indemne de toute affection tuberculeuse, à l'exception de séquelles anciennes et cicatricielles dont l'épreuve du temps a montré l'innocuité.

Avant son entrée en fonction, tout membre du personnel y compris le personnel enseignant, doit être soumis à un examen médical comportant notamment un examen radiologique de l'appareil respiratoire. Cet examen est renouvelé au moins une fois par an.

De plus, la direction de l'établissement doit s'assurer constamment du bon état de santé du personnel admis au contact des enfants ou préposé à la préparation des aliments.

Après une maladie contagieuse, un agent n'est autorisé à reprendre son service que lorsqu'il a été démontré qu'il n'est plus contagieux, notamment à la recherche des germes pathogènes

dans les exsudats ou émonctoires, deux fois à huit jours d'intervalles.

En outre, les directeurs des établissements recevant des mineurs de dix-huit ans ne peuvent exercer leur fonction que sur production d'un certificat médical délivré par un médecin psychiatre agréé en application de l'article 8 du décret du 5 août 1947 susvisé, attestant qu'ils sont indemnes de toute affection mentale. Ce certificat doit être déposé à la direction départementale de la santé.

IV. — *Dossiers d'admission et de sortie. Surveillance médicale.*

ART. 24. — Le dossier visé à l'article 28 du décret du 24 mai 1948 est composé :

1° D'une fiche médicale dûment remplie conforme à un modèle établi par le ministre de la santé publique et accompagnée soit d'un cliché radiographique, soit d'une réduction de ce cliché en 18×24 cm. Mention des résultats d'une cuti-réaction récente devra être obligatoirement portée sur cette fiche;

2° D'une fiche de renseignements d'ordre social établie par un dispensaire antituberculeux;

3° D'un certificat attestant que le malade a reçu les vaccinations prescrites par la loi ou qu'il présente une contre-indication permanente à ces vaccinations;

4° D'une autorisation signée des parents ou des tuteurs, lorsqu'il s'agit d'un mineur, destinée à permettre la mise en œuvre des traitements urgents qui peuvent être reconnus nécessaires par le médecin de l'établissement;

5° D'un extrait de naissance;

6° D'un engagement de payement émanant soit de la collectivité qui prend le malade en charge, soit des particuliers tenus à l'obligation alimentaire, soit de l'intéressé lui-même ou de ses répondants.

ART. 25. — Dans le cas où l'admission ne peut être prononcée immédiatement, faute de vacances, le directeur le fait connaître aussitôt en indiquant le délai probable qui sera nécessaire. Si la demande est maintenue, elle est classée avec les autres demandes en instance, dans un ordre déterminé en tenant compte :

De la forme et du caractère que revêt la maladie;

Des indications contenues dans la fiche sociale et notamment des risques de surinfection que le malade peut courir, du fait de son entourage.

Les admissions sont prononcées dans l'ordre du classement ainsi arrêté et au fur et à mesure des vacances.

Toutefois, s'il s'est écoulé plus de deux mois entre la proposition du médecin phtisiologue départemental et l'admission, celle-ci ne pourra être prononcée qu'après confirmation que le malade se trouve toujours dans les conditions requises pour bénéficier de la cure de repos.

ART. 26. — En application de l'article 30 du décret du 24 mai 1948, l'avis envoyé au médecin phtisiologue départemental est accompagné :

1° Du dossier médical adressé à l'aérium lors de l'admission du malade;

2° D'une observation complète relatant l'évolution de la maladie au cours du séjour en aérium et les principaux clichés radiographiques (ou des réductions en 18 cm. × 24 cm. de ces clichés) effectués au cours de ce séjour.

Ce dossier, cette observation et ces clichés sont destinés au dispensaire antituberculeux qui dessert la localité où le malade a déclaré se retirer.

ART. 27. — Tous les malades doivent être examinés par le médecin au moins une fois tous les quinze jours.

Des fiches médicales, des cahiers de visites et de prescriptions doivent être établis, régulièrement tenus à jour et présentés à toute demande des médecins relevant du ministère de la santé publique, ainsi que des médecins conseils de la sécurité sociale, en ce qui concerne les ressortissants de ces organismes.

Tout malade ne répondant pas, ou ne répondant plus, aux conditions d'admission en aérium telles qu'elles sont fixées à l'article 13 de l'ordonnance du 31 octobre 1945, sera immédiatement isolé et envoyé dès que possible dans sa famille ou dans un établissement approprié à son état de santé.

V. — *Dispositions diverses.*

ART. 28. — La nourriture doit être saine, abondante, variée et bien préparée. Elle doit correspondre à l'âge des malades.

A côté du menu collectif, des plats spéciaux doivent être préparés pour les malades qui, sur ordre médical, doivent suivre un régime particulier.

Le médecin de l'établissement doit surveiller très attentivement le régime alimentaire des pensionnaires.

ART. 29. — La direction de l'aérium doit établir un emploi du temps minutieusement équilibré avec, éventuellement et selon les

directives du médecin, des modifications adaptées à chaque cas particulier.

ART. 30. — Des jeux réglementés, des exercices physiques individuels et collectifs, des loisirs dirigés sont organisés par des moniteurs qualifiés (selon l'âge des enfants, jardinières d'enfants, meneurs de jeux, moniteurs de la jeunesse, etc.).

Des instituteurs ou des professeurs qualifiés assurent sur place l'enseignement suivant des modalités arrêtées d'un commun accord entre le médecin de l'établissement et l'autorité académique. Cet enseignement est, chaque fois que cela est possible, pratiqué en plein air.

L'enseignement ménager est assuré toutes les fois que le nombre des pensionnaires le justifie.

Les enfants d'un aérium ne devront sous aucun prétexte être conduits dans une école extérieure et les classes de l'établissement ne devront jamais recevoir des enfants ne faisant pas partie du groupe des pensionnaires.

ART. 31. — La direction de l'établissement doit veiller à ce que les familles reçoivent chaque semaine des nouvelles des enfants.

La direction devra communiquer aux familles, au moins tous les mois, des renseignements précis sur l'état de santé des enfants. La correspondance de l'établissement avec les familles doit être classée dans un dossier susceptible d'être examiné par les personnes chargées des inspections.

ART. 32. — Le séjour des enfants et adolescents en aérium ne peut être interrompu ni par des sorties périodiques, ni par des vacances.

Les visites doivent avoir lieu dans un parloir isolé des locaux habités par les enfants.

L'entrée des aériums d'enfants doit être interdite aux enfants étrangers de l'établissement. Les enfants en traitement ne doivent sous aucun prétexte, se mêler à d'autres collectivités d'enfants afin d'éviter tout rapport de maladies contagieuses.

ART. 33. — Les aériums doivent contracter une assurance-accident au bénéfice des enfants qu'ils hébergent.

VI. — *Catégories spéciales d'aériums.*

Etablissement de moins de trente lits.

ART 34. — Par dérogation aux règles prescrites dans le présent arrêté, le lazaret, la galerie de cure ou le préau, la coexistence d'un cabinet médical et d'une salle de soins, le service dentaire, le matériel nécessaire à la pratique des examens oto-rhino-

laryngologiques courants, l'installation de désinfection en profondeur et l'installation radiologique ne sont pas exigés des établissements de moins de trente lits qui fonctionnent à la date du présent arrêté ou qui viendraient à s'installer dans des locaux déjà construits dont la destination primitive était différente.

Dans ce cas :

1° L'établissement devra disposer de locaux suffisamment vastes et aérés (qui peuvent être les chambres des enfants), dans lesquels sera effectuée la cure de repos quand il ne sera pas possible de la faire à l'extérieur;

2° Une seule pièce pourra servir à la fois de cabinet médical et de salle de soins;

3° Un accord sera passé avec le service de désinfection pour la désinfection en profondeur de la literie et du matériel;

4° Les soins dentaires nécessaires seront donnés chez un dentiste voisin;

5° Un accord avec un praticien ou un établissement voisin devra permettre de pratiquer l'examen radiologique périodique des enfants.

Toutes précautions seront prises pour éviter le contact des enfants de l'établissement avec d'autres enfants et, dans toute la mesure du possible, avec des personnes étrangères à l'établissement à l'occasion des visites chez le dentiste ou le radiologiste.

Toutefois, les établissements recevant des enfants de moins de dix ans et dont la capacité est supérieure à dix lits devront posséder un lazaret pour pouvoir être agréés comme aériums.

Ecoles de plein air.

ART. 35. — Sont considérés comme aériums, les écoles de plein air fonctionnant exclusivement en régime d'internat et répondant aux conditions d'installation et de fonctionnement fixées au présent arrêté, compte tenu des dispositions suivantes :

1° Ces établissements peuvent être fermés pendant la durée des vacances scolaires;

2° La galerie de cure n'est pas obligatoire, les cures de repos pouvant être effectuées dans les chambres ou dortoirs;

3° L'obligation du lazaret est supprimée, mais tous les enfants de l'établissement doivent entrer, simultanément, au début de chaque trimestre scolaire et avoir subi, au préalable, un examen médical soigneux en vue du dépistage des malades contagieux. De plus, pendant les vingt et un premiers jours de chaque trimestre scolaire, les enfants doivent faire l'objet d'une surveillance médicale particulièrement rigoureuse. Aucun enfant

ne peut être admis ou réadmis après un séjour à l'extérieur en cours de trimestre.

4° L'infirmerie doit comporter un nombre de lits égal à 10 % de l'effectif, dont la moitié au moins en chambres individuelles, de manière à pouvoir isoler les enfants atteints ou suspects d'être atteints de maladies contagieuses;

5° Le personnel soignant doit comporter au minimum une infirmière diplômée d'Etat ou autorisée à exercer par cent lits ou fraction de cent lits;

6° Aucune sortie des enfants ne peut être autorisée en dehors des vacances scolaires accordées à la fin de chaque trimestre scolaire.

ART. 36. — Le directeur de l'hygiène sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 25 mai 1948.

Le Ministre de la Santé publique et de la Population.

*
**

Circulaire ministérielle du 8 septembre 1948 relative aux conditions techniques d'agrément de certains établissements sanitaires (Santé Publique et Population — Travail et Sécurité Sociale).

. . . . . .

Annexe VII. — Conditions techniques d'agrément des arériums ou colonies sanitaires permanentes.

TITRE Ier

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

ARTICLE PREMIER. — Les aériums ou colonies sanitaires permanentes sont des établissements organisés pour l'application d'une cure hygiéno-diététique comprenant, avec l'aération continue, une association de repos et d'entraînement physique et intellectuel. Leur régime est celui de l'internat sous surveillance médicale permanente.

Les aériums sont destinés à recevoir des enfants qui sont exposés au développement de la tuberculose, mais qui ne relèvent pas du préventorium.

Ces enfants appartiennent à une des catégories suivantes :

1° Enfants présentant une primo-infection tuberculeuse uniquement objectivée par une réaction tuberculinique récemment devenue positive, non accompagnée de lésions décelables, ni de réactions thermiques, ni de perte de poids;

2° Enfants relevant d'une infection médicale ou chirurgicale entrainant une convalescence prolongée;

3° Enfants présentant une altération passagère ou durable de l'état général, qui n'est pas en rapport avec une infection tuberculeuse;

4° Enfants devant être soustraits à la contamination tuberculeuse et séparés du milieu familial, quel que soit le sens de leur réaction tuberculinique.

ART. 2. — .. .. ..

Bibliographie

1. ANGLADE. — Le préventorium, indications et techniques, 1944.
   — Le préventorium d'enfants de l'avenir. (*Techniques hospitalières,* n° 38, novembre 1948.)
2. ARMAND-DELILLE. — Rôle de l'air et du soleil en puériculture et dans les nouveaux programmes scolaires. (*Bulletin de l'Académie de Médecine,* 12 juin 1945.)
3. ARMAND-DELILLE et BÉTHOUX. — Importance de la prophylaxie antituberculeuse de l'enfance dans le cadre de la lutte contre la tuberculose. (*Bulletin de l'Académie de Médecine,* 6 novembre 1945.)
4. AUJALEU et PEQUIGNOT. — Le plan français, aspects sanitaires et sociaux. (*Techniques hospitalières,* n° 14, nov. 1946.)
   — La réalisation en France d'un plan d'équipement médico-social. (*Techniques hospitalières,* n° 21, juin 1947.)
5. BARIETY et BROUET. — Phtisiologie du médecin praticien, 1944.
6. BÉNECH (J.). — L'Ecole de plein air, cure de désintoxication et de rééducation alimentaire. (*Revue d'Hygiène et de Médecine sociale,* avril 1938.)
   — Les colonies sanitaires. (*Bulletin d'information et d'éducation sanitaires de la région de Limoges,* première année, n° 6, juillet 1946.)
7. BERNARD (Et.). — Sur la législation antituberculeuse. (*Archives de Médecine Sociale,* tome I^er^, n° 4, juillet 1945.)
   — Pthisiologie humaine, aspects cliniques et médico-sociaux, 1946.

8. BERNARD (Et.) et WEIL (J.). — Sur un repos prophylactique pour les primo-infections cliniquement inapparentes. (*Société d'Etudes scientifiques sur la tuberculose,* 12 mars 1938.)

9. BERTHET. — La vaccination par le B. C. G., complément logique de la cure en aérium des enfants anergiques. (*Techniques hospitalières,* n° 35-36, septembre 1948.)

10. BEZANÇON et CAVAILLON. — L'orientation actuelle de la lutte antituberculeuse. (*Archives de Médecine Sociale,* tome I^er^, n° 1, avril 1945.)

11. BOYER (J.). — Les institutions de plein air pour enfants. (*Paris Médical,* 28 février 1946.)

12. BRUN et DUMAREST. — Traitement de la primo-infection tuberculeuse ganglio-pulmonaire. (*Le Poumon,* n° 2, 1947.)

13. CAMBESSÉDÈS et BOYER. — Hygiène des institutions de plein air, 1946.

14. CHORIVIT (DE). — Les préventoria et les écoles de plein air dans la lutte antituberculeuse. (*Thèse Bordeaux,* 1943.)

15. COURCOUX et BONNEFOY. — Le triage des enfants et adolescents relevant de la cure en préventorium. (*La Presse Médicale,* 4 juillet 1942.)

16. DEBRÉ et LELONG. — Conséquences pratiques des notions acquises sur le début de la tuberculose chez l'enfant; son dépistage et son traitement. (*La Presse Médicale,* 27 novembre 1937.)

17. DELORE. — Thermalisme et climatisme. (*Techniques hospitalières,* n° 9, juin 1946.)

18. DUFESTEL. — Hygiène scolaire, 1933.

19. DURET. — La lutte contre les fléaux sociaux, 1942.

20. FLOUQUET. — Le Ruĝstoord, home de cure d'air pour enfants à Brasschaet, Belgique. (*L'architecture française,* n° 64, novembre 1946.)

21. KAPLAN. — Conduite à tenir au virage de la cuti-réaction chez l'enfant et l'adolescent. (*La semaine des hôpitaux de Paris,* n° 36, 28 septembre 1947.)

22. KAPLAN et ORGEOLET. — Sur les difficultés actuelles du placement des enfants atteints de primo-infection tuberculeuse en établissements de cure ou de prévention. (*La Presse Médicale,* 17 juillet 1948.)

23. LESNÉ et ZOURBAS. — Le guide de la seconde enfance, 1947.

24. LOUISET. — Des modes d'hospitalisation dans la prophylaxie infantile de la tuberculose. (*Thèse Bordeaux,* 1947.)

25. MAILLET. — Les colonies sanitaires infantiles et la loi du 16 décembre 1942. (*Archives de Médecine Sociale,* tome I^er^, n° 3, juin 1945).

26. MONCENIX et PERRONCEL. — L'aérium de Dolomieu, Isère. (*Techniques hospitalières,* n° 35-36, septembre 1948.)

27. MURE. — Le préventorium et la cure préventoriale de la primo-infection, 1948.

28. PÉQUIGNOT. — Organisation d'une colonie sanitaire. (*Techniques hospitalières,* n° 8, mai 1946.)
— Conditions d'agrément des établissements de cure et de soins. (*Techniques hospitalières,* n° 15, décembre 1946.)

29. PETIT. — Préventorium et aérium. (*Le Courrier Médical,* n° 30, 25 juillet 1937.)

30. RENAUX (Suzanne). — Le préventorium, étude critique; les organisations préventoriales dans le département de la Haute-Garonne (*Thèse Toulouse,* 1939.)

31. ROUÈCHE. — Climatisme social et placement des enfants dans les établissements de cure. (*Le Concours Médical,* n° 16, 16 avril 1949.)

32. SALABERT. — Lacaune thermale et climatique. (*Thèse Toulouse,* 1939.)

33. SÉNÈQUE. — La cure préventoriale : évolution des idées, les conceptions actuelles. (*Bulletin médical de Cambo,* n° 46, 1^er^ trimestre 1949.)

34. VAN DEN EECKHOUT. — Contribution à l'étude de la primo-infection dans la famille du tuberculeux. (*Revue de la tuberculose,* n^os^ 1-2, 1946.)

35. WEILL-HALLÉ (B.). — Principes de l'application sociale de la vaccination antituberculeuse par le B. C. G. (*Bulletin de l'Académie de Médecine,* 4 janvier 1949.)

TABLE DE MATIERES

Introduction 11

CHAPITRE PREMIER

L'évolution des idées — Historique et législation 13

CHAPITRE II

La conception actuelle de l'aérium 23

I. — Organisation et fonctionnement 28
L'installation matérielle 28
La cure en aérium 32
La surveillance médicale 37

II. — Les indications de placement 41
L'aérium et les établissements de plein air 42
Les indications de la cure en aérium 49
1° Les primo-infectés 49
2° Les convalescents 55
3° Les enfants à état général déficient . . 56
4° Les enfants à séparer du milieu familial. 58

III. — Deux problèmes d'actualité 61
Aérium et vaccination par le B. C. G. 61
Aérium et Sécurité Sociale 64

CHAPITRE III

Les réalisations 69

I. — Les aériums de la région de Toulouse 71
II. — La politique de l'aérium en France 77

Conclusions 81

Annexe : Décret du 24 mai 1948 83
Arrêté du 25 mai 1948 84
Circulaire ministérielle du 8 septembre 1948 94

Bibliographie 97

Aa. 25. Dép. lég. 2e trim. 49
Imprimerie Toulousaine (R. Lion), 2, rue Romiguières, Toulouse.